WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

DWUMIESIĘCZNIK LIPIEC—SIERPIEŃ

ROK II 1930 NUMER 4

Prof. dr. E. ROMBERG, Klinika chor. wewn. Uniw. w Monachjum.

O MIGRENIE.

(Referat według M. m. W. 1930, Nr. 1.)

Zespół objawów migreny jest powszechnie znany: napadowe bóle w czole, skroniach i oczodołach, występujące przeważnie jednostronnie, rzadziej obustronnie, na początku napadu dokuczliwe migotanie przed oczami, pod koniec zaś mdłości i wymioty. Mniej powszechnem jest umiejscowienie bólu w karku, skąd promieniuje on przez głowę ku przodowi, oraz rzadka lokalizacja w okolicy ciemieniowej. Migotanie, jako objaw początkowy (chory widzi iskry lub błyskawice, lśniące, zazębione wzory murów fortecznych, czasem zdarzają się nawet ubytki w polu widzenia) nie jest objawem koniecznym. Z pośród 166 chorych na migrenę, których *Romberg* obserwował w klinice i w praktyce prywatnej, objawu tego nie było w 71 przypadkach, wymiotów zaś i mdłości nie było tylko w 54 przypadkach. Mężczyzn chorych na migrenę było 50, kobiet — 116. Początek migreny w młodości jest tak powszechnie znany, że wystąpienie choroby po 25-ym roku życia nasuwa wątpliwości co do słuszności rozpoznania. *Romberg* stwierdził jednak w 51 przypadkach początek migreny po 30-ym roku życia. Czasami choroba, istniejąca już w młodości, ujawnia się znowu po dłuższej przerwie dopiero w wieku późniejszym.

Często zdarzają się również postacie nietypowe. Objawy towarzyszące napadom migreny (migotanie, mroczki, zaburzenia żołądkowe) mogą występować samoistnie. Bóle głowy występują dopiero w następstwie. Nietypowe dolegliwości mogą występować również jako odpowiedniki napadu migreny. Objawy te występowały u dość znacznej liczby chorych, — na 166 pacjentów stwierdzono je u 73. Najczęściej sprawa dotyczyła dolegliwości żołądkowych, napadowego wzmożenia lub braku łaknienia, mdłości, wymiotów, dochodzących czasem nawet do kurczowych bólów żołądkowych.

Dopiero później występowały bóle głowy. Niepowściągliwe wymioty dzieci, trwające nieprzerwanie szereg dni z szybkiem wychudzeniem, znaczną utratą sił i wytwarzaniem acetonu, przedstawiają właśnie taki równoważnik migreny. Nadzwyczaj często stwierdza się również spastyczne zaparcie, lub też biegunki, a w pojedyńczych tylko przypadkach skurcze pęcherza moczowego (2 razy na 166 przypadków). Oprócz dolegliwości żołądkowych występują często zaburzenia naczynioruchowe. Migotanie i mroczki przed oczami należy ujmować właśnie jako objawy skurczu naczyń obwodowych, podczas gdy zdarzające się czasem widzenie połowiczne jest pochodzenia raczej ośrodkowego. Również i wyraźne uwidocznienie się tętnicy skroniowej oraz zamieranie palców, które wywołuje czasem bardzo dokuczliwe napady bólowe w kończynach górnych, zależą od skurczu naczyń krwionośnych. Czasem stwierdza się również i obrzęki angioneurotyczne zwłaszcza na powiekach. Nierzadko zdarzają się napady bicia serca i bardzo męczące wrażenia podmiotowe. Również i silne uczucie zawrotu głowy oraz zemdlenie są pochodzenia naczynioruchowego. Przyczyny dalszych objawów, jak nadwrażliwości na światło i dźwięki, przygnębienia duchowego, zamroczenia, zaburzeń mowy i pisania oraz porażeń mięśni ocznych nie udało się dotychczas wyjaśnić w sposób ostateczny.

Pod względem etjologji bardzo duże znaczenie ma dziedziczność. Częsta zależność od miesiączkowania nie jest jednak bezwzględnie stałą. Czasem stwierdza się współistnienie migreny i padaczki. Odróżnienie ciężkich postaci migreny od padaczki może czasem przedstawiać znaczne trudności. Prawdziwej współzależności *Romberg* jednak nie uznaje, podobnie jak pokrewieństwa migreny z dną lub kiłą. Zagadnienie anafilaktycznego powstawania migreny, o którem możnaby myśleć ze względu na obrzęki naczynioruchowe, nie jest jeszcze rozstrzygnięte. W każdym jednak razie sprawy naczynioruchowe niewątpliwie odgrywają przy powstawaniu napadów rolę bardzo ważną. Umiejscowienie zaburzeń naczynioruchowych (opony mózgowe czy splot naczyniowy) pozostaje dotychczas niewyjaśnionem.

Nierzadko stwierdza się jednoczesne występowanie migreny i gośćca mięśniowego. Również i dolegliwości reumatyczne dokuczają najbardziej nad ranem i mogą promieniować z karku do skroni lub ku przodowi. W żadnym jednak przypadku nie wolno utożsamiać migreny z gośćcem mięśni głowy. Reumatyzm umiejscowiony w mięśniach głowy różni się od migreny gwałtownością występowania, krótkotrwałością wzmagania się bólów i ograniczeniem do określonych zakresów nerwowych. Te objawy reumatyczne mogą, oczywiście, nadzwyczajnie potęgować dolegliwości istniejącej migreny. Odróżnienie od migreny bólów występujących przy chorobach zębów, uszu i zatok nosowych oraz od dolegliwości związanych z utrudnieniem oddychania przez nos bywa zwykle bardzo łatwem. Na większe trudności natrafia rozpoznanie różniczkowe migreny oraz bólów głowy przy kile, nowotworach i Pachymeningitis haemorrhagica, gdyż objawy

tych chorób mają początkowo charakter bardzo zbliżony do migreny. Kiłowe bóle głowy występują przeważnie w drugiej połowie nocy lub nad ranem. Przy nowotworach i zapaleniu opony twardej można postawić rozpoznanie różniczkowe dopiero po zbadaniu dna oka lub odczynu Wassermanna. Przy wstrząśnieniu mózgu i przy miażdżycy naczyń mózgowych bóle głowy nie mają zwykle cech migreny. Napady migreny stwierdza się natomiast przy nadciśnieniu tętniczem. Z pośród 28 chorych, u których migrena wystąpiła dopiero po 30-ym roku życia — 11 było dotkniętych nadciśnieniem. Uremiczne bóle głowy oraz bóle głowy przy pierwotnej lub wtórnej niedokrwistości występują obustronnie i dlatego nie można ich przyjąć za migrenę. Na duże trudności natrafia wyjaśnienie pochodzenia bólów głowy wówczas, gdy nie jesteśmy w stanie stwierdzić obecności żadnych zmian organicznych. Tak np. ukryte ropienia migdałków podniebiennych, zębów, zatok nosowych, bakteriurja, poza tem niewłaściwe odżywianie, a przedewszystkiem niedostateczne spożywanie mięsa i wogóle pokarmów zawierających białko, następnie również jady, CO, CS_2 lub ołów — rzadziej alkohol lub morfina — mogą być częstą przyczyną bólów głowy. Należy również pamiętać o t. zw. szkolnym bólu głowy. Równoważniki migreny przebiegające bez bólu głowy można odróżnić od schorzeń poszczególnych narządów jedynie na podstawie wszechstronnego zbadania całego ustroju. Należy wykluczyć miejscowe schorzenia żołądka i jelit lub zakażenia pęcherzyka żółciowego. Napadowe bicie serca może być również pierwszym objawem miażdżycy naczyń wieńcowych. Napadowe skurcze naczyniowe w lewem ramieniu mogą być bardzo zbliżone do dusznicy bolesnej. Jedynie wrażenie ogólne może rozstrzygnąć, czy mamy tu do czynienia z początkowemi zaburzeniami sercowemi u chorego na migrenę, czy też z objawami czysto migrenowemi.

Leczenie migreny rzadko kiedy przeprowadza się systematycznie, pomimo, że tylko wówczas udaje się osiągnąć pomyślne wyniki. Przy lżejszych zaburzeniach *Romberg* stara się nie dopuścić do napadów, podając 0,25 g Phenacetini + 0,15 g Coffeini lub przy wrażliwym żołądku 0,3 g Theobromini. Przy napadach występujących jedynie w związku z miesiączkowaniem należy podawanie tego proszku ograniczyć tylko do tego czasu. Przy cięższych postaciach zaburzeń dodaje się ponadto jeszcze Luminal lub chininę i zażywa te proszki kilkakrotnie w ciągu dnia. W zależności od stopnia natężenia napadów podaje się 3 — 5 razy dziennie Luminaletkę po 0,015 g lub 1 — 3 razy dziennie 0,05 — 0,1 g Luminalu po jedzeniu. Jeżeli nie chcemy stosować Luminalu, to podajemy 0,05 — 0,1 g Chinini hydrochlorici 3 — 6 razy dziennie w okresach między jedzeniem. Przy dużem nadciśnieniu jest wskazanem połączenie 0,25 — 0,5 Theobromini - natrio - salicylici z 0,015 do 0,1 g Luminalu; proszki te podaje się 3 — 4 razy dziennie. Celowem okazuje się również stosowanie Theominalu, połączenia Theobrominy z Luminalem, który należy podawać 3 razy dziennie, lub Chineonalu 3 — 6

razy dziennie po 0,1 g. Przy bardzo ciężkich napadach porannych pomaga często podana poprzedniego wieczora Theophyllin - etylenodwuamina w czopkach. Leczenia bromem *Romberg* nie stosuje. Według *Curschmanna* dobre wyniki ma dawać stosowanie wapnia. Przedewszystkiem zaś należy na dłuższy czas zakazać alkohol. Przy zaburzeniach żołądkowo - jelitowych koniecznem jest przestrzeganie odpowiedniej diety i unikanie zaparcia. Palenie chorzy znoszą przeważnie dość dobrze; przeciwwskazanem jest ono jedynie przy nadciśnieniu. Żadnej ściśle określonej diety dla leczenia migreny niema. Leczenie okazuje się skutecznem jedynie wówczas, jeśli się je przeprowadza konsekwentnie. Przy zaburzeniach średniego natężenia *Romberg* podaje wspomniane powyżej proszki kombinowane codziennie rano przez czas tak długi, dopóki w ciągu 6—8 tygodni napady nie wystąpią wcale. Luminal lub chininę zażywa się tak długo, aż miną bez napadu trzy miesiące. Przy cięższych zaburzeniach należy lekarstwa zażywać jeszcze dłużej, czasem nawet w ciągu roku po ustaniu napadów. Następnie leki powoli się odstawia. Należy również odpowiednio uregulować tryb życia.

Powietrze górskie chorzy na migrenę znoszą przeważnie dobrze; ciepłe, wilgotne powietrze, jak również morze, zwykle pogarszają cierpienie. Jeżeli opisany sposób leczenia nie prowadzi do celu, jest bardzo prawdopodobnem, że dolegliwości zostały mocno utrwalone w psychice chorego. Potrzebne wówczas leczenie psychoterapeutyczne najlepiej przeprowadzać nie w zwykłem środowisku pacjenta, lecz w sanatorjum. W żadnych jednak warunkach nie wolno stosować leczenia tego rodzaju dla każdej postaci migreny. Metod antiallergicznych *Romberg* dotychczas jeszcze nie stosował. Gdyby zostało stwierdzone z pewnością, że migrena może powstawać na tle nadwrażliwości, wskazanem byłoby wypróbowanie zaproponowanego przez *Storm* van *Leeuwena* leczenia odczulającego zapomocą tuberkuliny.

Dr. PHILIPP OGINZ, Brooklyn N. Y.

DOŻYLNE WSTRZYKIWANIA RIVANOLU W PRZYPADKACH GORĄCZKI POŁOGOWEJ.

(Referat według The American Journal of Surgery 1929, tom VII.)

W ostatnich czasach zupełnie niesłusznie rozpowszechniła się przesadna niewiara co do skuteczności dożylnego leczenia gorączki połogowej środkami odkażającemi; zasługują np. na uwagę pomyślne wyniki lecznicze osiągnięte zwłaszcza przy pomocy Rivanolu, barwnika szeregu akrydynowego. *Oginz* stosował Rivanol w przypadkach zakażeń septycznych po porodzie lub po poronieniu. Do wypróbowania Rivanolu skłoniła autora

epidemja gorączki połogowej, która wybuchnęła wiosną 1924 r. Powodu epidemicznego wystąpienia gorączki nie udało się stwierdzić. Dla niedopuszczenia do dalszego rozwoju epidemji stosowano wstrzykiwania Rivanolu już na samym początku gorączki.

Według badań *Morgenrotha* Rivanol w stężeniu 1 : 140,000 nie dopuszcza do ujawniania się zakażenia po wstrzyknięciu złośliwych paciorkowców, które zwykle w ciągu 24 godzin wywołują u myszy zapalenie ropne tkanki podskórnej. W doświadczeniach in vitro Rivanol w obecności surowicy zabijał paciorkowce nawet w stężeniu 1:1,000,000.

Jako gorączkę połogową rozpoznawał *Oginz* stany z ciepłotą 39,4° C. lub wyżej, gdy staranne i wszechstronne badanie wykluczało wszelką inną przyczynę gorączki. Dla kontroli leczono 9 chorych nie Rivanolem, a przetaczaniem krwi. Poza tem leczenie ich nie różniło się niczem od leczenia innych kobiet. Przeciętny czas trwania gorączki wynosił u kobiet leczonych Rivanolem 4,8 dnia, u kobiet leczonych innym sposobem 13,3. Przeciętny czas przebywania w szpitalu kobiet leczonych Rivanolem wynosił 14,4 — leczonych zaś inaczej 23,3 dnia.

Tabletkę Rivanolu rozpuszczano w 100 częściach wrzącej wody i otrzymywano w ten sposób roztwór 1 : 1000. Do tego roztworu można dodawać cukier. 60 — 80 cm^3 tego roztworu doprowadzano następnie do ciepłoty ciała i wstrzykiwano powoli do żyły; czas trwania wstrzykiwania powinien dla 80 cm^3 wynosić conajmniej 25 minut. Przeniknięcia tego płynu poza żyły należy unikać, gdyż Rivanol powoduje w tkance podskórnej bardzo bolesny obrzęk ramienia, utrzymujący się przez kilkanaście dni, lecz nie doprowadzający do zropienia. Można wstrzykiwać wielokrotnie do tej samej żyły bez obawy wywołania zakrzepu. Najwyższa stosowana dawka pojedyńcza wynosiła 100 cm^3, najmniejsza 40 cm^3. Ilość wstrzykiwań wahała się od 1 do 7 i wynosiła przeciętnie 2,8. Największa dawka ogólna wynosiła 375 cm^3, najmniejsza 60 cm^3. Przeciętnie otrzymywały pacjentki 160,9 cm^3. Wstrzykiwań można w razie potrzeby dokonywać codziennie.

Stosując Rivanol w powyższy sposób, ani razu nie stwierdzono dreszczy, zwiększenia się gorączki, podrażnienia nerek lub jakichkolwiek innych niepożądanych objawów.

Wynik kliniczny wstrzykiwań był zdumiewający. Ciepłota opada w sposób krytyczny w ciągu 24 godzin. Jeżeli zaś później znowu się podnosi, to utrzymuje się jednak na niższym poziomie niż poprzednio. Drugie wstrzyknięcie obniżało zwykle ciepłotę do normy. W nielicznych jedynie przypadkach potrzeba było w tym celu więcej niż 2 wstrzykiwań. Jednocześnie ze spadkiem ciepłoty poprawiał się stan ogólny chorych. Krew stawała się szybko jałową, zwykle po 2-iem, zawsze zaś po 3-iem wstrzyknięciu. Czy należy to przypisać bezpośredniemu bakterjobójczemu działaniu Rivanolu, czy też uruchomieniu sił obronnych ustroju — mogą wyjaśnić dopiero badania bardziej szczegółowe i dokonane na większym materjale.

Dla zobrazowania działania Rivanolu przytoczymy tu w krótkości 2 historje choroby:

1). C. R. — Akuszerka usiłowała doprowadzić do rozwiązania poza szpitalem. Szyjka bardzo obrzmiała, całkowicie rozszerzona, poród kleszczowy, dziecko zdrowe. Łożysko i błony oddzielają się szybko, krwawienie umiarkowane, pęknięcia nie było. Nazajutrz po porodzie silne dreszcze, ciepłota podnosi się gwałtownie do 40°. Środki nasercowe. Po 2 dniach po porodzie gorączka nadal 40°. We krwi streptococcus longus haemoliticus. W ciągu 7 dni codziennie po 50 cm^3 Rivanolu. Zarazki utrzymywały się we krwi jeszcze przez 2 dni po ukończeniu wstrzykiwań Rivanolu. Po każdem wstrzyknięciu Rivanolu ciepłota opadała bardzo wyraźnie. Na 9-ty dzień po porodzie, a 7-my od rozpoczęcia stosowania Rivanolu ciepłota normalna. W lewem sklepieniu jeszcze niewielki wysięk; wypisana jako prawie zupełnie wyleczona.

2). S. M. — Poród samoistny. Na trzeci dzień po porodzie dreszcze trwające 15 minut i gorączka 39,6°. 100 cm^3 Rivanolu dożylnie. Ciepłota opada do 38°, jednocześnie objawy poprawy stanu ogólnego. Nazajutrz 60 cm^3 Rivanolu, poczem ciepłota opada już na stałe do normy; posiew krwi zostawał w tym przypadku zawsze jałowy. W wydzielinie macicznej znaleziono Streptococcus albus i haemoliticus. Po zastosowaniu ogółem 160 cm^3 Rivanolu wypisana jako zdrowa. *Oginz* jest zdania, że Rivanol wpłynął w tym przypadku na chorobę w sposób poronny.

Prof. S. HINO, Tokyo.

W SPRAWIE LECZENIA OREXINĄ BRAKU ŁAKNIENIA I JEJ STOSUNKU DO KWASOTY ŻOŁĄDKOWEJ.

(Referat według Chiryo Shimp, 1930, Nr. 392.)

We wszystkich przypadkach braku łaknienia, w których nie można było ustalić przyczyny tego objawu i zwykle stosowane sposoby leczenia pozostawały bez wyniku, *Hino* stosuje już od wielu lat z dużem powodzeniem Orexinę, samą lub w połączeniu z innemi lekami. Szczególnie pomyślne wyniki udawało mu się osiągnąć przy braku łaknienia na tle nerwic czynnościowych (histerja) i chorób gruźliczych, a zwłaszcza lekkiego zajęcia szczytów. W przypadkach braku kwasu solnego Orexina działa, jak wiadomo, w sposób niezawodny. Przy nadkwaśności Orexina jest naogół niewskazaną. Mimo to *Hino* stosował Orexinę nawet przy nadkwaśności i stwierdził jej doskonałe, wzmagające apetyt działanie przy jednoczesnem podawaniu zasad. Szczególnie cenną okazała się następująca recepta:

Natrii bicarb. . . .	3,0
Extr. Scopol. . . .	0,06
Orexini	0,8
Pulv. gent.	0,4

3 razy dziennie na godzinę przed jedzeniem.

Czasami Orexina działała lepiej, gdy ją podawano w godzinę po jedzeniu. U znacznej liczby pacjentek z upośledzonem łaknieniem w wieku od 18 do 25 lat dopiero Orexina doprowadziła do celu. Pośród tych pacjentek były również i chore dotknięte nadkwaśnością przy ogólnych obja-

wach neurastenicznych. Pewnemu 42-letniemu mężczyźnie ze znacznem wzmożeniem wydzielania soku żołądkowego i dużą nadkwaśnością *Hino* podawał Orexinę według wyżej przytoczonego przepisu. Brak łaknienia, który utrzymywał się już od wielu tygodni, ustąpił pod wpływem tego leczenia już w ciągu kilku dni i chory bez żadnych objawów zaburzeń czynności żołądka odzyskał doskonały apetyt. *Hino* zaleca, aby z chwilą osiągnięcia pożądanego wyniku natychmiast przerwać podawanie Orexiny i zasad. W pewnym przypadku trwającej już od wielu lat nadkwaśności i opuszczenia żołądka, *Hino* przy pomocy Orexiny i alkaljów osiągnął w ciągu jednego miesiąca tak znaczną poprawę, że niezdolny dotychczas do pracy pacjent był w stanie znowu wykonywać swe zajęcia zawodowe. Według *Hino* poszukiwanie i wypróbowywanie różnych pobudzających łaknienie środków jest zupełnie niepotrzebne, gdyż posiadamy w Orexinie doskonały i we wszystkich przypadkach skuteczny środek dla poprawy apetytu. Nadkwaśność, uważana dotychczas za przeciwwskazanie, nie jest, jak się okazuje, przeszkodą do stosowania Orexiny.

Prof. dr. P. MORAWITZ. Klinika chorób wewnętrznych Uniwersytetu w Lipsku.

PATOGENEZA, ROZPOZNAWANIE I LECZENIE DUSZNICY BOLESNEJ.

(Referat według D. m. W. 1929, Nr. 48.)

W powstawaniu napadu dusznicy bolesnej bardzo ważną rolę odgrywają zmiany anatomiczne naczyń wieńcowych. Miażdżycowe lub kiłowe zmiany naczyniowe niekoniecznie zresztą muszą prowadzić do dusznicy bolesnej. Według badań *Romberga, Morawitza* i *Hochreina* w 75% przypadków stwierdzonej sekcyjnie miażdżycy naczyń wieńcowych nie było w wywiadach napadów dusznicy bolesnej. Anatomicznie stwierdzona miażdżyca naczyń wieńcowych nie powoduje za życia wogóle żadnych objawów sercowych. Wynika z tego, że do miażdżycy naczyń wieńcowych muszą dołączyć się jeszcze dalsze zmiany, aby wytworzyła się dusznica bolesna, tak np. zatkanie gałązki chorej tętnicy przez zakrzep i powstanie w ten sposób zawału mięśnia sercowego. Zawał mięśnia sercowego zdarza się o wiele częściej niż go się zwykle rozpoznaje. Natężenie i długi czas trwania napadu, gorączka, dla której trudno znaleźć wyjaśnienie, leukocytoza, spadek ciśnienia krwi po napadzie, szmer tarcia osierdziowego — oto jedyne objawy wskazujące na zawał sercowy. Z drugiej jednak strony nawet bardzo rozległe zawały mięśnia sercowego mogą wcale nie wywoływać objawów dusznicy bolesnej. Anatomiczne umiejscowienie zawału nie tłómaczy nam bynajmniej, dlaczego jeden pacjent jest w stanie

przezwyciężyć napad, inny zaś podczas napadu ginie, a wreszcie w większości przypadków dusznicy bolesnej nie znajdujemy wcale zawałów w sercu. Tak np. w większości przypadków t. zw. dusznicy bolesnej wysiłkowej, występującej przy ruchach, nie udaje się wogóle wykazać obecności zawału; można tu raczej myśleć, analogicznie do chromania przestankowego, o krótkotrwałem zaburzeniu czynności. *Morawitz* i większość badaczy uważa za powód dusznicy bolesnej skurcz zmienionych anatomicznie naczyń wieńcowych. Jedynie *Wenckebach* uważa za powód bólów rozciągnięcie tętnic wieńcowych. Nadal pozostaje jednak niewyjaśnionem, dlaczego jedynie nieznaczna część ludzi dotkniętych miażdżycą naczyń wieńcowych dostaje napadów dusznicy bolesnej. Prawdopodobnie odgrywają tu pewną rolę jeszcze inne czynniki nerwowe i toksyczne. Kobiety i ludzie bardzo starzy okazują mniejszą skłonność do napadów niż mężczyźni w wieku 45—65 lat. Częstokroć może tu współdziałać nadużywanie tytoniu. Pobudzenia psychiczne i przemęczenie sprzyjają powstawaniu napadów. Tem tłómaczy się, prawdopodobnie, większe rozpowszechnienie choroby wśród inteligencji i wyższych warstw społeczeństwa [1]).

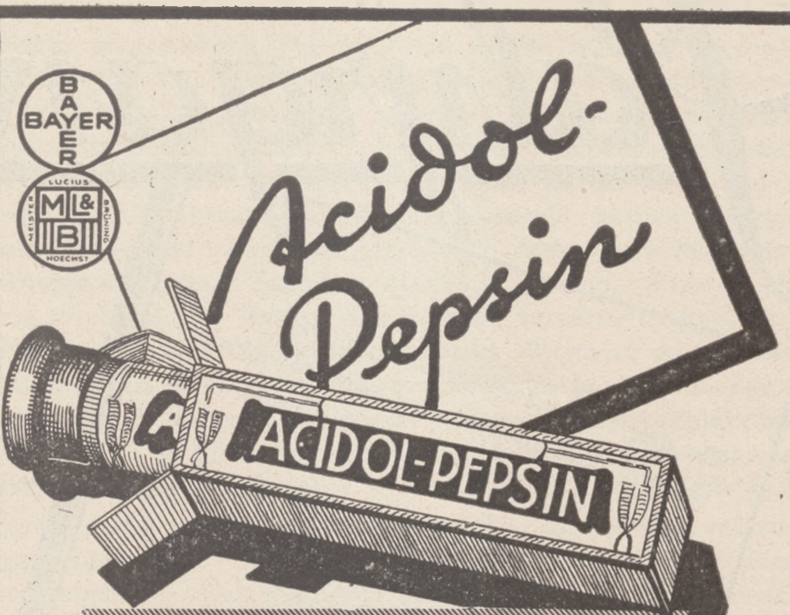
Z przytoczonych powyżej rozważań wynika, że dusznica bolesna powstaje, prawdopodobnie, wskutek współistnienia różnych anatomicznych i czynnościowych zaburzeń, z których żadne jednak nie można uważać za warunek nieodzowny. Przeważnie rozchodzi się o zmiany ujścia tętnicy głównej na tle zmian w samej aorcie. Do tego dołączają się następnie jeszcze, jako czynniki wywołujące, zakrzepy naczyniowe lub stany skurczowe. W rzadkich przypadkach mogą wywołać napad same skurcze bez zmian anatomicznych tętnic wieńcowych. Może w ten właśnie sposób należy sobie tłómaczyć niektóre przypadki dusznicy bolesnej u nałogowych palaczy, chociaż dusznica bolesna na tle nadużycia tytoniu bez jednoczesnej miażdżycy naczyń wieńcowych wydaje się sprawą bardzo rzadką [2]). Rozpoznanie dusznicy bolesnej jest bardzo trudnem i odpowiedzialnem. Objawem głównym jest ból. Duszność sama lub bicie serca bez bólu nie należą do obrazu dusznicy bolesnej. Ból jednak może umiejscowić się w sposób tak niezwykły, że nie znajdujemy dostatecznych danych, aby odrazu myśleć o dusznicy bolesnej. *Morawitz* spostrzegał chorych z umiejscowieniem bólu w górnej okolicy brzucha, w plecach lub w okolicy krtani. Częstszem jest odczuwanie bólu jedynie w lewej łopatce. Przeważnie jednak chorzy odczuwają ból głównie w okolicy serca, rzadziej w okolicy

---

[1]) *Libman* (New-York) bada nadwrażliwość nerwową w ten sposób, że uciska dość mocno wielkim palcem okolicę wyrostka rylcowatego pod zewnętrznym przewodem słuchowym. Jedynie ogólnie nadwrażliwi ludzie mają wówczas jakoby odczuwać silny ból. Próba ta u ludzi dotkniętych dusznicą bolesną wypada często, choć niezawsze, dodatnio.

[2]) Powyższa teorja powstawania dusznicy bolesnej nie jest powszechnie uznana. *Allbutt* uważa dusznicę bolesną za aortalgję. Podobnego zdania są również *Wenckebach* i *R. Schmidt*.


Salyrgan
Do uregulowania zaburzonej gospodarki wodnej przy niedomodze serca, niewyrównanych wadach zastawkowych, wątrobie zastoinowej
SALYRGAN
(zespolony, zupełnie nie trujący związek rtęciowy)
Zwiększenie diurezy odciąża obieg krwi i sprawia choremu znaczną ulgę.
OPAKOWANIA ORYGINALNE:
pudełka po 5 i 10 ampułek po 1 wzgl. 2 cm³.
SALYRGAN
BAYER
LUCIUS
ML&B
MEISTER
BRÜNING
HOECHST



Znakomity preparat

kwasu solnego i pepsyny w stałej postaci, wskazany przy zaburzeniach trawiennych, niedostatecznem wydzielaniu soku żołądkowego, braku łaknienia. Przewaga Acidol-Pepsiny nad zwykłemi preparatami kwasu solnego z pepsyną polega przedewszystkiem na stałej postaci, lepszym smaku, małem działaniu drażniącem i pomyślniejszym wpływie na wydzielanie żołądkowe.

Opakowania oryginalne:

rurki po 10 i pudełka po 50 pastylek po 0,5 g.
Moc I (bardzo kwaśne). Moc II (słabo kwaśne).

»Bayer-Meister Lucius«

NAUKOWY WYDZIAŁ FARMACEUTYCZNY

I. G. FARBENINDUSTRIE AKTIENGESELLSCHAFT * LEVERKUSEN n. R

Wyłączna Reprezentacja na Rzeczpospolitą Polską:
Dom Agent. „REMEDIA“, Warszawa, Hipoteczna Nr. 5,—skrzynka pocztowa 748,
wysyła literaturę i próbki na żądanie WPP. Lekarzy bezpłatnie.

tętnicy głównej za górną częścią mostka. Uczucie strasznego lęku nie zawsze występuje. Bóle występujące przy chodzeniu lub przy wysiłkach fizycznych są przeważnie o wiele łagodniejsze i znikają w spokoju. Najcięższe napady przebiegające z obawą śmierci i stanami zapaści powstają często na tle zawałów mięśnia sercowego.

Ze względu na to, że dane przedmiotowe są w większości przypadków bardzo nikłe, rozpoznanie prawdziwej dusznicy bolesnej polega w znacznym stopniu na wywiadach. Zdjęcie rentgenowskie i elektrokardjogram nie wykazują częstokroć nawet przy najdokładniejszem badaniu żadnych zmian chorobowych, mimo że możemy mieć do czynienia z najcięższemi zmianami naczyń wieńcowych. Rozpoznanie różniczkowe dychawicy sercowej i częstoskurczu napadowego nie natrafia na żadne trudności, gdyż choć choroby te występują napadowo, brak im jednak objawu zasadniczego: „bólu". Istnieją jednakże pewne bolesne stany chorobowe bardzo zbliżone do dusznicy bolesnej, których rokowanie jest o wiele pomyślniejsze; do takich stanów należy np. nerwica naczynioruchowa „Angina pectoris vasomotoria", przy której występują jedynie skurcze bez współistniejącego podłoża anatomicznego. *Morawitz* jednak spostrzegał jedynie bardzo rzadko chorych, u których czysto nerwowe dolegliwości sercowe były całkowicie lub choćby prawie całkowicie zbliżone do obrazu chorobowego Angina pectoris vera.

Napady były często związane z silnemi oznakami uczuciowemi. Istnieją jednak stany, w których rozpoznanie różniczkowe jest nadzwyczaj trudne. Jako przykład mogą posłużyć dwie przytoczone poniżej w krótkości historje chorób:

U pewnego chorego kilku specjalistów chorób serca rozpoznawało Angina pectoris vasomotoria. *Morawitz* przed laty nie mógł znaleźć u tego chorego żadnych zmian organicznych. Pacjent ten zmarł po kilku latach nagle podczas ataku sercowego.

Drugi przypadek dotyczy bardzo bojaźliwego pacjenta ze zwiększonem ciśnieniem krwi, rozszerzeniem aorty i występującemi przy ruchu bardzo typowemi objawami dusznicy bolesnej. Chory ten leczył się przez czas dłuższy, bez żadnego jednak wyniku. Leczenie natomiast pewnego znachora doprowadziło w krótkim czasie do ustąpienia wszystkich dolegliwości. Zarówno lekarz domowy jak i *Morawitz* rozpoznawali Angina pectoris vera.

Naogół jednak *Morawitz* przestrzega, aby u starszych pacjentów, którzy uprzednio nigdy nie chorowali na serce, rozpoznawać Angina pectoris vasomotoria. Również i czyste postacie dusznicy bolesnej na tle nadużywania tytoniu występują bardzo rzadko. Przeważnie mamy do czynienia z miażdżycą naczyń wieńcowych, a nikotyna jest jedynie czynnikiem wywołującym napady.

Również i tak zwany zespół objawów żołądkowo-sercowych *Roemhelda,* powstający na tle ucisku na okolicę serca nieprawidłowo dużego pęcherza powietrznego w żołądku, jest bardzo zbliżony do prawdziwej du-

sznicy bolesnej. Jednak i przy prawdziwej dusznicy przepełnienie żołądka może sprzyjać występowaniu napadów i napady są bardzo często związane z objawami bębnicy jelitowej. Również u chorych na dusznicę bolesną bóle po większem odbijaniu się mogą znacznie złagodnieć, podobnie jak i leczenie nagromadzania się gazów przy zespole żołądkowo-sercowym doprowadza do ustąpienia dolegliwości. Mamy tu, prawdopodobnie, do czynienia z promieniowaniem na drodze nerwu błędnego. Również i bolesne choroby stawu barkowego oraz mięśni klatki piersiowej mogą w rzadkich przypadkach doprowadzić do błędnego rozpoznania dusznicy bolesnej. Częściej, według *Morawitza*, zdarza się błąd odwrotny, że przy prawdziwej dusznicy bolesnej rozpoznaje się lewostronne zapalenie stawu barkowego. Mogą, wreszcie, zdarzyć się również i połączenia różnych stanów chorobowych, przy których stwierdza się współistnienie zarówno objawów czysto nerwowych jak i organicznych.

Prawdziwą dusznicę bolesną mogą wywołać:

1). wysiłki fizyczne, jak np. szybkie chodzenie lub wchodzenie na schody. Zdarza się czasem, że bóle występują jedynie na początku ruchu (Angine de poitrine d'effort (*Vaquez*), Dyspragia cordis intermittens (*Bittorf*), dusznica bolesna ruchowa lub wysiłkowa);
2). spożycie pokarmów, zwłaszcza pełny żołądek, czasem nadmierne przepełnienie żołądka; również i dusznica bolesna ruchowa i wysiłkowa ujawnia się nierzadko dopiero po jedzeniu;
3). zimno. Tak np. niektórzy cierpią zimą bardziej niż latem. Wyjście z ciepłego pokoju na ulicę sprzyja wówczas często występowaniu napadów;
4). położenie poziome. Położenie się może wywoływać napad, jeżeli nie natychmiast, to jednak w późniejszych godzinach nocnych (Angine de poitrine de decubitus (*Vaquez*)).

Bardzo często stwierdza się dusznicę bolesną u typów pyknicznych (krótka szyja, krótka szeroka klatka piersiowa, wzdęty brzuch). U asteników dusznica bolesna zdarza się rzadziej. Na sercu stwierdza się stosunkowo często wzmocnienie drugiego tonu nad tętnicą główną, skurczowy, a przy kile częściej rozkurczowy szmer nad aortą, powiększenie serca na lewo, skurcze dodatkowe lub niemiarowość zupełną. Ciśnienie krwi jest przeważnie wzmożone, jednak nawet przy hypotonji może wystąpić prawdziwa dusznica bolesna. Przy zawałach mięśnia sercowego w związku z ciężkim napadem dusznicy bolesnej, ciśnienie krwi, uprzednio wysokie, znacznie opada. Zdjęcie rentgenowskie może nas, chociaż niezawsze, upewnić w rozpoznaniu. W elektrokardjogramie stwierdza się ew. przedłużenie P Q, ujemne T w obu odprowadzeniach, falowanie zespołu S T, oznaki bloku arboryzacji — objawy wskazujące na uszkodzenie mięśnia sercowego. Badanie przestrzeni *Heada* nie ma dla rozpoznania większego znaczenia. Zawsze należy zbadać odczyn Wassermanna. U $^1/_4$ do $^1/_3$ chorych na duszni-

cę bolesną, badanych przez *Morawitza*, podłożem choroby było kiłowe zajęcie aorty; *Romberg* ocenia ten stosunek jako jeszcze większy.

Postawienie właściwego rokowania jest częstokroć niemożliwe; widzi się często chorych z napadami trwającemi w ciągu długich lat bez żadnych poważniejszych objawów. A jednak każdemu choremu na dusznicę bolesną grozi niebezpieczeństwo nagłej śmierci. *Morawitz* uważa wysiłkową dusznicę bolesną za mniej niebezpieczną niż dusznicę występującą w spokoju. Im częstsze i cięższe są napady, im większe są zawały mięśnia sercowego tem gorsze jest rokowanie. Również jednoczesna dychawica sercowa pogarsza rokowanie. Za objaw niepomyślny należy uważać niskie ciśnienie tętnicze po przebytym ciężkim napadzie. Kiłowe postacie dusznicy bolesnej kończą się stosunkowo często nagłą śmiercią sercową. Pomimo wszelkiego leczenia swoistego, rokowanie jest tu nie o wiele pomyślniejsze niż przy miażdżycy. W razie jednak skuteczności leczenia rokowanie można naogół uważać za pomyślniejsze. — W Europie Zachodniej dusznica bolesna staje się chorobą coraz częstszą, nietyle ze względu na kiłę i tytoń, ile ze względu na bardziej niespokojne i gorączkowe życie, a może również wskutek zbytniego używania środków pobudzających i nadmiaru wrażeń psychicznych.

Leczenie powinno przedewszystkiem polegać na uregulowaniu diety i ogólnego trybu życia. Wskazanem jest: dieta małomięsna, spożywanie pokarmów często lecz w małej ilości, mało płynów, ograniczenie pokarmów wzdymających; kawy należy przeważnie unikać, natomiast kawa bez kofeiny w niewielkiej ilości oraz herbata jest dozwolona. Nadużycia alkoholu należy zasadniczo zabronić, mimo to jednak można pozwolić na niewielkie ilości wina czerwonego lub lekkiego białego; następnie należy dążyć do zupełnego zakazu lub conajmniej znacznego ograniczenia palenia. Również i nadużycia płciowe są bardzo szkodliwe. Początkowo należy zabronić wszelkich większych wysiłków fizycznych, wchodzenia na góry, pływania, wyczerpujących sportów, później zaś należy powoli i ostrożnie wypróbować wydolność chorego. Należy przeciwdziałać zaparciu. O ile to jest możliwe, należy również unikać wpływów szkodliwych, związanych z pracą zawodową.

Te środki ogólne uważa *Morawitz* za ważniejsze niż stosowanie środków farmaceutycznych, gdyż miał on wielokrotnie sposobność spostrzegania jak pomyślnemi okazywały się wyniki przestrzegania wyżej wymienionych przepisów. Jeżeli w trybie życia chorego na dusznicę bolesną nie mamy czynników, którebyśmy mogli zmienić, wówczas widoki na powodzenie leczenia są o wiele mniejsze.

Odnośnie do leczenia właściwego należy stosować bardzo ostrożnie zabiegi fizykalne, jak masaże, kąpiele gazowe, zabiegi elektryczne, naświetlanie słońcem górskim, gdyż mogą one czasem zaszkodzić. Zastrzeżenia nasuwają kąpiele gazowe. Z diatermji, której przypisuje się czasem wy-

niki jakoby pomyślne, *Morawitz* żadnej większej korzyści nie widział. Leczenie farmaceutyczne można podzielić na leczenie napadu i leczenie stałe. Podczas napadu często okazują się skuteczne azotyny, przyczem środkiem najlepszym jest nitrogliceryna. Azotyn amylu i czteroazotan erytrolu nie są tak skuteczne jak nitrogliceryna, którą w miarę możności należy zażywać na początku napadu. Chorzy często stosują silne bodźce skórne (moczenie rąk i nóg w gorącej wodzie, nacieranie szczotką oraz gorczyczniki). Jeżeli te zabiegi pozostają bez wpływu, wówczas również i nitrogliceryna nie sprawia ulgi i należy się zwrócić do środków narkotycznych. Dionina i Eukodal skutecznie uśmierzają, według *Romberga*, bóle związane z dusznicą bolesną i często są w stanie przerwać stosunkowo ciężki napad. W przypadkach osłabienia serca wstrzykuje się jeden ze współczesnych rozpuszczalnych w wodzie preparatów kamforowych, przyczem zastrzyk w razie potrzeby należy powtórzyć po 2 — 3 godzinach. Można, oczywiście, stosować również i kofeinę. Zapobieganie napadom udaje się najlepiej osiągnąć przez przestrzeganie wyżej opisanego trybu życia. Poza tem może się jednak okazać celowem również i stałe przyjmowanie odpowiednich leków. Przy niewielkim stopniu niedomogi serca naparstnica może nietylko poprawić krążenie, lecz zmniejszyć również skłonność do napadów. *Morawitz* zapisuje chętnie w takich przypadkach naparstnicę w małych dawkach, daje ją jednak przez czas dłuższy, zwłaszcza w połączeniu z chinidyną. Chinidyna ma zmniejszać skłonność serca do migotania. Na klinice lipskiej wykazano, że dłuższe podawanie niewielkich dawek chinidyny (około 0,2 g na dobę) jest w stanie do pewnego stopnia przeciwdziałać niebezpieczeństwu nagłej śmierci sercowej. *Groedel* zaleca następujące połączenie naparstnicy z chinidyną:

Rp. Pulv. fol. digit. titr. . 1,5
Chinidini sulfur. 3,0
Mass. pil. q. s. ut f. pil. XXX
MDS. 2 — 3 razy dziennie po 1 pigułce
w ciągu 10 dni, poczem przerwa.

Dla zmniejszenia nadmiernej pobudliwości nerwowej stosuje się Adalinę, Luminal i inne środki uspokajające. *Morawitz* łączy te środki zgodnie z propozycją *Lichtwitza* z Theobrominą, naparstnicą, jodem lub papaweryną. Theominal przedstawia takie gotowe połączenie (Luminal + Theobromina). Theominal nadaje się zwłaszcza do dłuższego stosowania. Podaje się dziennie 2 — 3 tabletek Theominalu. *Morawitz* stosuje również następujące połączenie leków:

Rp. Adalin 0,1
Pulv. fol. digit. titr. . . 0,05
Papaver. hydrochlor. . . 0,03
Chinidini sulf. 0,1
Theobrom. natrio-salicyl. 0,2

MD. ad capsul. amyl.
D. tal. dos. XXX
S. 2 razy dziennie po 1 kapsułce.

Czasem okazują się pożyteczne również połączenia Theobromini-natriosalicylici z wapniem lub jodem.

W przypadkach kiłowego podłoża choroby wskazanem jest, oczywiście, przeprowadzenie energicznej kuracji przeciwkiłowej; w razie jednak ciężkiego ogólnego stanu serca należy dążyć przedewszystkiem do wzmocnienia sił chorego, a dopiero potem zastosować Neosalvarsan, jod i bizmut. W daleko posuniętych okresach zmian aortalnych leczenie przeważnie okazuje się spóźnionem; w przypadkach mniej zaawansowanych wyniki okazują się tak samo pomyślne jak przy Mesaortitis luica. W odpowiednich przypadkach, zwłaszcza przy osłabieniu mięśnia sercowego, wskazane są dożylne wstrzykiwania cukru gronowego według *Büdingena*. *Morawitz* stosuje dwa razy na tydzień dożylne wstrzykiwania 20 cm^3 25 — 50%-owego roztworu cukru gronowego. W niektórych przypadkach stwierdzał *Morawitz* skuteczność tego sposobu leczenia; wydanie jednak bardziej stanowczej opinji o wartości tych wstrzykiwań jest bardzo trudnem. Na zakończenie wspomnimy jeszcze, że próbowano również leczenia chirurgicznego, polegającego na przecięciu nerwów współczulnych, względnie wycięciu współczulnego nerwu szyjnego. W ostatnich czasach zainteresowanie się tą metodą znowu się zmniejszyło. *Morawitz* ze względów teoretycznych nie był nigdy zwolennikiem tej operacji.

Streszczenie: w ciągu ostatnich dziesiątków lat sprawa rozpoznawania i leczenia dusznicy bolesnej posunęła się znacznie naprzód. Rentgenografja, elektrokardiografja i odczyn Wassermanna ułatwiają rozpoznanie. Leczenie nie jest już tak bezsilnem jak dawniej. Przypadki dusznicy bolesnej na tle kiłowem poddają się łatwiej leczeniu. Chinidyna zmniejsza możliwość nagłej śmierci sercowej. Wobec tego, że dusznica bolesna staje się powszechnie chorobą coraz częstszą, należy koniecznie zająć się staranniej dokładniejszem poznaniem istoty tej ciężkiej choroby.

Doc. dr. FELIKS MANDL, Klinika Hohenegga.

KOKCYGODYNJA I JEJ LECZENIE.

(Referat według Wien. Klin. Wo. 1929, Nr. 47.)

Kokcygodynja jest chorobą występującą przeważnie u kobiet. Za powód tych bólów o cechach neuralgicznych uważa się zwykle uraz. W wielu jednak przypadkach powód choroby pozostaje niewyjaśniony. Istota cierpienia polega na silnych bólach w okolicy splotu ogonowego, występujących

napadowo lub też stale dokuczających chorym. Bóle zwiększają się przy defekacji, siedzeniu lub nachylaniu się ku przodowi. Jeżeli uraz doprowadził do zwichnięcia lub złamania, można próbować dokonać repozycji. Wobec tego jednak, że zabieg ten nie usuwa bólów na stałe, wskazanem jest, aby w przypadkach złamania kości ogonowej dokonać jej ekstyrpacji. Zabieg jest prosty i można go z łatwością wykonać w miejscowem znieczuleniu. Jeżeli nie znajdujemy żadnego anatomicznego powodu kokcygodynji, wówczas leczenie jest bardzo trudne. Faradyzacja, diatermja, kąpiele z gorącego powietrza i naprzemienne sprawiają czasem ulgę lub doprowadzają nawet do wyleczenia. Również i środki przeciwbólowe lub proteinoterapja sprawiają czasem poprawę. Leczenie jest jednak zawsze bardzo uciążliwe. W wielu przypadkach choroba sama wygasa stopniowo, prawdopodobnie bez współudziału stosowanych jednocześnie środków. Bezpośredni skutek leczniczy okazuje wstrzyknięcie dokrzyżowe środka znieczulającego. Przy wstrzykiwaniu należy chorego położyć na boku z uniesioną nieco górną połową ciała i zgiętemi nogami. Punkt środkowy między obu wyrostkami krzyżowemi określa miejsce nakłucia, które należy cienką igiełką znieczulić zapomocą Novocainy. Następnie igłę niezbyt cienką długości 10 cm wkłuwamy początkowo pionowo, po przekłuciu zaś zamkniętego przez błonę otworu kanału krzyżowego, skierowujemy igłę kilka cm ku górze i czekamy, czy nie wypływa płyn mózgordzeniowy lub krew. (Jeżeli wypływa krew, to wstrzyknięcia nie należy dokonywać). Następnie wstrzykujemy powoli pod ciśnieniem około 40 cm^3 $^1/_2{}^0/_0$-owego roztworu Novocainy lub $^1/_4{}^0/_0$-owego roztworu Tutocainy. Chorzy, którzy przed wstąpieniem na stół operacyjny nie mogli się zgiąć, odzyskują natychmiast swobodę ruchów. W 85% przypadków udało się po jednem wstrzyknięciu osiągnąć trwałe wyleczenie. Jeżeli jednak również i ten zabieg pozostaje bez wyniku, należy wówczas myśleć o operacyjnem usunięciu kości ogonowej. Wstrzyknięcia należy, oczywiście, dokonywać dopiero po ścisłem ustaleniu rozpoznania; w przypadkach bólów w okolicy odbytnicy u chorych na wiąd rdzenia omawiane wstrzykiwania nie okazują wpływu leczniczego.

Dr. H. MILARK. Klinika chor. wewn. Uniw. w Królewcu.

DALSZE SPOSTRZEŻENIA NAD SKUTECZNOŚCIĄ DIETY WĄTROBOWEJ W PRZYPADKACH NIEDOKRWISTOŚCI ZŁOŚLIWEJ.

(Referat według Klin. Wo. 1929, Nr. 46.)

Opinje o skuteczności diety wątrobowej są częściowo rozbieżne, tak że na ostateczne wyjaśnienie tej sprawy należy jeszcze zaczekać. *Rosenow* doniósł już (Kli. Wo. 1927, Nr. 33) o pomyślnych wynikach otrzy-

manych na klinice królewieckiej w przypadkach niedokrwistości złośliwej przy pomocy leczenia wątrobowego. Obecne doniesienie *Milarka* dotyczy dalszego spostrzegania kontrolnego 56 chorych, z których 13 kilkakrotnie wracało w międzyczasie na klinikę z powodu nawrotów. Doniesienia te, jako oparte na dłuższem spostrzeganiu, powinny się przyczynić do lepszego wyjaśnienia sprawy skuteczności diety wątrobowej. 5 z pośród tych 56 chorych zmarło w klinice. Jako przypadek istotnie oporny na leczenie wątrobowe można było uważać tylko jednego chorego.

Naogół zawartość hemoglobiny zwiększała się szybciej niż przyrost liczby krwinek czerwonych. Przeciętnie po leczeniu czterotygodniowem hemoglobina w $^{2}/_{3}$ przypadków wzrastała o 30 — 50%, po 6 tygodniach zawartość Hb w $^{2}/_{3}$ przypadków wzrastała o przeszło 30%, a w niektórych przypadkach nawet przeszło o 50%. Po 8 tygodniach stwierdza się w $^{3}/_{4}$ przypadków wzrost powyżej 30%, przyczem prawie w połowie o 50%. Wynika z tego, że ścisłą dietę wątrobową należy przeprowadzać w ciągu 2 miesięcy.

Kontrola chorych po ich wypisaniu się z kliniki wykazała, że zmarło jeszcze 5. Z przeprowadzonej ankiety wynika, że stan chorych zależał głównie od regularnego spożywania wątroby. Ci chorzy, którzy z jakichkolwiek powodów nie mogli przyjmować wątroby, byli bladzi i wyczerpani. Pewien chory donosi, że od $1^{1}/_{2}$ roku spożywa codziennie $^{1}/_{8}$ kilo wątroby. Tylko jeden chory, leczony na klinice przeszło rok temu, doniósł, że od 15 miesięcy czuje się bardzo źle, mimo że prawie stale spożywa wątrobę lub preparaty wątrobowe. Dieta wątrobowa natrafia, oczywiście, na trudności w razie współistnienia jeszcze innych chorób, jak np. cukrzycy. Oprócz diety wątrobowej podawano chorym regularnie kwas solny, aby wpłynąć na swoisty dla niedokrwistości złośliwej objaw bezsoczności żołądkowej. *Milark* zapisuje Acid. hydrochlor. dilut, lub „Acidol - Pepsin mocny". Stosowano poza tem jednocześnie z dietą wątrobową wprowadzone przez *Rosenowa* podawanie Vigantolu. U wielu chorych, którzy na samej diecie wątrobowej poprawiali się bardzo powoli, zauważono po podaniu Vigantolu (3 razy dziennie po 8 kropel) znacznie szybszą poprawę stanu krwi.

Reasumując, można uznać dotychczasowe wyniki stosowania diety wątrobowej w znakomitej większości przypadków za bardzo pomyślne, koniecznem jest jednak stałe nieprzerywane leczenie. Acidol - Pepsin i Vigantol mogą jeszcze bardziej poprawić wyniki leczenia wątrobowego.

Dr. R. RIEHL.

O KRESIVALU.

Amerykańska medycyna ludowa znała drzewo gwajakowe już przed wielu setkami lat. Lekarze hiszpańscy sprowadzili je w 1514 r. do Europy, gdzie zastosowano ten nowy środek do lecznictwa rozpowszechniającej się wówczas coraz bardziej kiły. Przez długi czas używano drzewa

gwajakowego głównie jako środka przeciwkiłowego. Dopiero w wieku ubiegłym zmieniono sposób stosowania drzewa gwajakowego, którego używano uprzednio w postaci wodnych lub alkoholowych wyciągów i naparów—i rozpoczęto stosować przetwory suchej destylacji. Jednocześnie ze zmianą sposobu przygotowania ustalono również nowe wskazania, gdyż poznano przy sposobności pomyślny wpływ przetworów destylacji na narządy oddechowe. Najważniejszym produktem destylacji drzewa gwajakowego jest kreozot, otrzymany w r. 1832 przez *Reichenbacha* z dziegciu drzewa bukowego. W czasach przedaseptycznych kreozot odgrywał dużą rolę jako środek „przeciwdziałający gniciu". Już w r. 1836 zalecano go dla leczenia gruźlicy płuc. Po pewnym jednak czasie zaniechano stosowania kreozotu ze względu na jego nadzwyczaj przykry smak. W r. 1880 Francuzi znowu wprowadzili go do lecznictwa i przez długie lata uważano kreozot za najlepszy środek na suchoty płucne. Pomyślne działanie pigułek kreozotowych uzależniano początkowo od swoistego działania odkażającego. Dokładne jednak zbadanie tej sprawy wykazało, że ogólne działanie odkażające nie wchodzi tu w rachubę. Działanie kreozotu należy przypisać przeważnie jego działaniu wykrztuśnemu. Błędny pogląd, że kreozot i gwajakol są głównemi składnikami dziegciu drzewnego, został sprostowany dopiero przez nowsze badania analityczne, według których głównym ilościowo składnikiem jest krezol. Badania zaś farmakologiczne *Verzara* wykazały, że właśnie krezol jest nosicielem działania wykrztuśnego, przypisywanego kreozotowi. Krezol, odpowiednio do swego czystego charakteru fenolowego jest związkiem bardzo jadowitym. Kwas natomiast krezolosulfonowy, którego sól wapniową przedstawia znany środek wykrztuśny Kresival, jest związkiem zupełnie pozbawionym własności trujących.

Badanie kliniczne działania Kresivalu wykazało jego znaczną przewagę nad dotychczas stosowanemi preparatami wytwarzanemi z dziegciu drzewa bukowego. *Baron* (Med. Kl. 1923, Nr. 11), jeden z pierwszych badaczy, leczył z pomyślnym wynikiem chorych cierpiących na nadzwyczaj dokuczliwy suchy kaszel, powstały po przebytej ciężkiej grypie. Ani razu nie spostrzegano zarówno u dzieci jak i u dorosłych zaburzeń żołądkowo - jelitowych, a raczej nawet naodwrót, łaknienie upośledzone z powodu długotrwałego męczącego kaszlu szybko się poprawiało. *Wunnerlich* (Med. Klin. 1923, Nr. 17) opisuje rozrzedzenie gęstej plwociny i dwu - trzykrotne zwiększenie się jej ilości; wykrztuszanie nie sprawiało już takich dolegliwości jak poprzednio. *Cohn* (D. m. W. 1923, Nr. 18) stwierdza, że uciążliwe pobudzenie kaszlowe znika już po trzydniowem zażywaniu Kresivalu. Ustąpienie bolesnych nocnych napadów kaszlowych i odzyskanie w ten sposób spokoju nocnego przyczynia się ponadto w znacznym stopniu do poprawy stanu ogólnego.

Liczni lekarze rozporządzający dużym materjałem w sanatorjach dla płucno chorych oraz w szpitalach dziecięcych donoszą o podobnie pomyśl-

nych wynikach stosowania Kresivalu. *Fein* (Württ. Med. Corr. Bl. 1923 Nr. 17) opisuje zupełne ustąpienie bardzo znacznej chrypki u pewnego chorego z zajęciem krtani już po 4-dniowem zażywaniu Kresivalu. *Schirp i Wachter* (M. M. W., 1923, Nr. 26) osiągali w przypadkach rozstrzeni oskrzeli szybkie rozcieńczenie gęstej uprzednio wydzieliny.

Referat w/g książki dr. GERHARDA VENZMERA.

ZANIKAJĄCA CHOROBA.

O ROZWOJU I ZANIKU KIŁY.

(Montana-Verlag A. G. Horw, Lipsk i Stuttgart 1929.)

Autor opisuje szczegółowo historję kiły i jej leczenia od pierwszych chwil poznania tej choroby aż do czasów współczesnych. Przed naszemi oczami powstają obrazy strasznych scen średniowiecza, trwoga chorych, rozpacz i zwątpienie lekarzy, że nie są w stanie nic zdziałać dla ofiar tej „zarazy rozkoszy". Widzimy, że nie obawiano się nawet zabiegów heroicznych, lecz że w przypadkach, gdy nawet leczenie rtęcią i antymonem pozostawało bez wpływu, rezygnowano wreszcie zupełnie z wszelkiej interwencji i wreszcie pozbawiano czci i pogardzano chorymi, którzy niedawno jeszcze sami żartowali sobie ze swej choroby; jak przed przystąpieniem do leczenia stosowano dla nich najbardziej wyszukane kary. Każdemu czytelnikowi tej żywo napisanej książeczki spadnie kamień z serca, gdy będzie śledził postępy kultury i pogłębianie nauk przyrodniczych i będzie żywił niepłonną nadzieję, że nadejdzie wreszcie dzień ratunku. Z dumą czytamy następnie, jak w ubiegłem stuleciu udało się uczonym śród niewypowiedzianych trudów przygotować grunt dla odkrycia zarazka, aż wreszcie *Hoffmann i Schaudinn* (1905) wykryli krętka i *Ehrlich* (1907) wytworzył Salvarsan.

Za zezwoleniem wydawcy przytaczamy tu kilka z pośród licznych rycin ilustrujących stan lecznictwa w ciągu wieków oraz opis posiedzenia Zjazdu niemieckich lekarzy i przyrodników w Królewcu (1910), na którem to posiedzeniu doniesiono po raz pierwszy publicznie o wynikach stosowania Salvarsanu oraz witano żywiołowo *Ehrlicha*. Ma to pewne znaczenie historyczne, gdyż w roku obecnym, po upływie 20 lat, znowu odbywa się w Królewcu Zjazd niemieckich lekarzy i przyrodników.

„Jeszcze nigdy Auditorium maximum Uniwersytetu Alberta w Królewcu nie gościło w swych dostojnych murach takich tłumów ludzi, jak popołudniu 20 września 1910 roku, dniu, w którym sekcja „Dermatologji i Syfilidologji" 82-go Zjazdu niemieckich lekarzy i przyrodników odbywała swe pamiętne posiedzenie. Najwybitniejsze nazwiska koryfeuszów nauki o chorobach skórnych i wenerycznych widnieją na liście mówców. Kto przeczyta

uważnie „Dziennik", organ urzędowy Zjazdu, znajdzie zapewnie ukryte skromnie wśród zapisanych do dyskusji, a nie wśród głównych mówców programowych, to przeciętne nazwisko *Paweł Ehrlich.*

Początek posiedzenia wyznaczono na godzinę czwartą; już o pół godziny wcześniej wszystkie bez wyjątku miejsca siedzące i stojące są zajęte. Ściśnięci jak sardynki w pudełku tłoczą się słuchacze w krzesłach i w przejściach; na wzniesieniu lśnią barwne modele woskowe kiłowych owrzodzeń i guzów, preparaty naśladujące tak łudząco życie, że na sam ich widok przechodzą dreszcze. Należy koniecznie być lekarzem, aby móc nazwać coś podobnego „pięknym przypadkiem"...



Chory kiłowy w piecu do okadzania rtęcią (16-ty wiek)

Zbliża się godzina czwarta, powietrze staje się coraz duszniejsze. Przewodniczący posiedzenia, dermatolog wrocławski *Neisser* uznaje, że dalsze czekanie jest właściwie bezcelowe, gdyż najszczuplejszy nawet człowiek nie byłby w stanie przecisnąć się na salę, poczem wstępuje na podjum, otwiera posiedzenie i wyraża zdanie, że nie byłoby to w porządku, gdyby główna osoba dzisiejszego dnia miała zabrać głos dopiero w dyskusji po ukończeniu wszystkich odczytów: *Paweł Ehrlich* powinien stanowczo przemawiać jako pierwszy, powinien swem przemówieniem otworzyć dzisiejsze historyczne posiedzenie. Huczne oklaski dowodzą jednomyślnej opinji zebranych. Wielki uczony, do którego były skierowane te słowa, ogląda się prawie zakłopotany dokoła. Nie jest on wcale przygotowany aby przemawiać pierwszy, lecz chętnie spełnia życzenie swego przyjaciela *Neissera.*



Chory kiłowy, dotknięty wysypką skórną i cierpiący jednocześnie na rtęciowe zapalenie jamy ustnej, na co wskazuje ułożenie ręki, (według grawiury z 16-ego wieku w Bibljotece Narodowej w Paryżu).

I gdy oto ten szczupły, niepozorny człowiek toruje sobie drogę do katedry prelegenta, gdy ciepłe pogodne spojrzenie jego ożywionych oczu błądzi nad zgromadzonymi lekarzami i profesorami, syfilidologami i klinicystami przybyłymi ze wszystkich krajów, gdy tak staje bezpośrednio przed nimi twarz w twarz ten człowiek o tak miłych i ujmujących rysach, szpakowato - blond włosach i ostro ściętej bródce, ten naprawdę wielki uczony, który w ciągu długich dziesiątków lat nieprzerwanej pracy zdołał stworzyć dla ludzkości tak wielkie dzieło — wówczas żywiołowe wzruszenie opanowuje zebrany tłum. Zapomniano o strasznej ciasnocie, zapomniano o dusznem, gorącem powietrzu i rozlega się burza oklasków, jakiej te mury jeszcze nigdy nie słyszały. Ze wszystkich stron witają radośnie wielkiego uczonego, który nie przestaje się kłaniać i dziękować. W ciągu długich chwil oczekuje *Ehrlich*, aby móc zabrać głos, lecz napróżno: zrywają się coraz to nowe fale nieprzerwanych oklasków. Gdy jednak wreszcie zapanowała cisza, *Paweł Ehrlich* skromnie wyjaśnia, że właściwie nie miał on zamiaru już teraz przemawiać, gdyż chciał przyjąć jedynie udział w dyskusji po odczytach klinicznych. „Dzisiejsze bowiem posiedzenie należy głównie do klinicystów. Jedynie klinicyści mogą na podstawie swych spostrzeżeń na chorych i osiągniętych powodzeń lub niepowodzeń rozstrzygnąć czy „606" ma jakąś wartość, czy nie. Jeżeli Panowie chcą jednak usłyszeć ode mnie kilka słów o nowym środku, to przejdę odrazu do istoty sprawy. Przedewszystkiem okazało się, że stosowanie preparatu „606" doprowadza do zniknięcia chorobotwórczych krętków wywołujących kiłę. Drugie działanie leku polega na tem, że stosowanie jego sprzyja powstawaniu w ustroju ludzkim pewnych szczególnych przeciwciał, które uwidoczniają się najwyraźniej przy leczeniu kiłowych niemowląt. Mianowicie leczenie matek lub mamek zapomocą preparatu „606" wywiera nadzwyczaj pomyślny wpływ na kiłę wrodzoną dzieci. Wobec tego jednak, że zawartość „606" w mleku jest minimalna i wogóle lek, jeśli go nie wstrzykiwać lecz podawać doustnie, działa bardzo słabo, to muszą to być pewne przeciwciała, które wraz z mlekiem dostają się do żołądka niemowlęcia, wchłaniają się do krwi i w ten sposób ujawniają swe działanie lecznicze przeciwko jadom kiłowym.

Wytłómaczyć działanie preparatu „606" w jakikolwiek inny sposób jest bardzo trudno. Donoszono mi, że szybkość z jaką działa „606" wywiera czasem wrażenie wprost jakiegoś „cudownego leku". Pewien chory np. cierpiał bardzo z powodu owrzodzenia na podniebieniu, tak że nie mógł wcale spożywać stałych pokarmów. O godzinie 2-ej po południu wstrzyknięto temu choremu „606", o godzinie zaś 7-ej, czyli zaledwie po 5-iu godzinach mógł on już spożywać bez żadnych dolegliwości chleb i to nawet z kiełbasą. Chory ten był tak szczęśliwy, że chciał uściskać lekarza, od czego ten, oczywiście, się uchylił. Podobne doniesienia o zadziwiająco szybkiem działaniu leczniczem „606" otrzymuję od wielu lekarzy. Wysypki kiłowe znikają w ciągu 3 dni, bóle w jamie ustnej w kilka godzin po wstrzyknięciu. Pewien

pacjent, chory na kiłę, cierpiał bardzo z powodu nieznośnego swędzenia języka, które go zmuszało do bezustannego palenia papierosów. Już w godzinę po wstrzyknięciu swędzenie ustąpiło i chory był nadzwyczaj zadowolony, że nie musi bez przerwy palić. Tę niezwykłą szybkość działania należy sobie tłómaczyć w ten sposób, że „606" hamuje wytwarzanie jadowitych związków przez krętki lub też wiąże jad kiłowy i unieszkodliwia go.

Co się tyczy techniki leczenia, to nie wolno zapominać, że „606" przedstawia związek zawierający arsen, czyli że należy go stosować z pewną ostrożnością. Gdy oddawałem ten lek do praktyki, postawiłem jako warunek, że należy przedtem mieć dokładne spostrzeżenia dotyczące 10.000 do 20.000 przypadków. Chciałem przedewszystkiem poznać stopień niebezpieczeństwa, jakiem grozi stosowanie tego nowego środka. Według dotychczasowych doniesień wstrzykiwania „606" nie są naogół niebezpieczne. Kilka przypadków śmierci po zastosowaniu „606" dotyczyło chorych z bardzo ciężkiemi zaburzeniami układu nerwowego, zupełnym upadkiem sił i t. d. Odnośnie do takich chorych, jak zresztą wogóle do wszystkich ciężkich przypadków, należy zająć podobne stanowisko, jakie zajmuje chirurg zastanawiający się nad przystąpieniem do operacji grożącej życiu. Należy zwrócić się do danego sposobu leczniczego, jeżeli się jest przekonanym, że może on uratować życie chorego, zaś bez tej interwencji chory zginie z pewnością. Oto jest najważniejsze, co pragnąłem powiedzieć. Pragnąłbym jeszcze dodać, że według doniesień preparat „606" okazuje wpływ leczniczy nietylko na kiłę lecz również na inne choroby krętkowe. Można sobie przedstawić, że środek ten wstrzymuje szkodliwe działanie i innych odmian krętków podobnych do krętka kiłowego. Taką chorobą np. jest framboezja, przy której, jak zresztą również i przy innych chorobach krętkowych „606" zachowuje swą znakomitą siłę leczniczą... Szanowni Panowie! Dziękuję Wam za zainteresowanie, z jakiem śledziliście moje słowa. Wszystkim moim współpracownikom — nie mógłbym ich tu wszystkich wyliczać — wyrażam moje serdeczne podziękowanie".

Oklaski, które się zerwały po zakończeniu przemówienia *Ehrlicha*, były nie mniej gorące niż te, któremi witano uczonego na początku jego przemówienia. I gdy następnie jeden mówca po drugim omawiał zadziwiające działanie lecznicze nowego preparatu, stało się powszechnie zrozumiałem, dlaczego tak owacyjnie witano niezmordowanego uczonego. Ze wszystkich dzielnic Niemiec, z Austrji i Bośni, z Włoch i Francji, z Polski i Rosji, gdzie „606" ma tem większe znaczenie, że w niektórych z tych krajów są wioski, w których według doniesień prelegentów, 80% ludności jest zarażonych kiłą, ba, nawet z wysp Dalekiego Wschodu, donosili uczeni o zdumiewających, graniczących wprost z cudem, wynikach leczniczych stosowania preparatu „606". Dnia tego panował tylko jeden pogląd o nowym leku: jest to tak dawno szukany środek leczniczy przeciwko kile, temu strasznemu biczowi ludzkości.

Dr. CARLO BORRONI, Monticello-Brianza.

W SPRAWIE LECZENIA ZAPALENIA PŁUC.

(Referat według Progressi di Terapia 1929, Nr. 3.)

Stałość działania, bezwzględny brak szkodliwych objawów działania ubocznego, możność stosowania w każdym wieku, nieskomplikowane stosowanie — oto najważniejsze zalety Omnadiny, które czynią z niej środek nadający się doskonale do leczenia zapalenia płuc.

Autor leczył Omnadiną wiele przypadków zapalenia płuc i to prawie zawsze z wynikiem pomyślnym. Dla zobrazowania sposobu działania Omnadiny przytoczymy tu w krótkości 4 poniższe historje chorób:

1). Kobieta, 52 lata, ciężkie zapalenie lewego płata górnego. Pierwsze wstrzyknięcie Omnadiny popołudniu w drugim dniu choroby; ciepłota opada do normy, stan płuca bez zmiany. Nazajutrz znowu 40,8°, po drugiem wstrzyknięciu Omnadiny 35,9°, poczem znowu 38°. Stan płuc poprawia się. Po trzeciem i ostatniem wstrzyknięciu Omnadiny rozpoczyna się okres rezolucji.

2). Mężczyzna, 23 lata. Prawostronne zapalenie płuc. Naparstnica. Po pierwszem wstrzyknięciu Omnadiny w 3-im dniu choroby — stan bezgorączkowy. Na drugi dzień niewielkie podniesienie ciepłoty, które ustępuje po drugiem wstrzyknięciu, poczem wysłuchuje się rzężenia, dowodzące wchłaniania się sprawy. Rekonwalescencja.

3). Mężczyzna, 63 lata, ciężkie prawostronne zapalenie płuc z wysoką gorączką. Po większej ilości wstrzykiwań Omnadiny groźny charakter choroby zmienia się na lepsze. *Borroni* wyraża pogląd, że pomyślne zejście w tym rozpaczliwym przypadku należy stanowczo przypisać działaniu Omnadiny.

4). Dziecko, 2½ roku, bardzo osłabione wskutek ząbkowania i ciężkiej choroby przewodu pokarmowego; lewostronne zapalenie płuc. Z powodu objawów krzywicy leczenie witaminą D. Pierwsze wstrzyknięcie Omnadiny pozostaje bez wpływu. Na drugi dzień, bez wielkiej zresztą wiary, wstrzykuje się Omnadinę powtórnie, poczem następuje zupełny przełom.

Ze spostrzeżeń tych *Borroni* wyciąga następujące wnioski:

1). Omnadina przyspiesza kryzys zapalenia płuc i sprzyja w ten sposób szybszemu wyleczeniu.

2). Jeżeli w pewnych przypadkach, a zwłaszcza u ludzi starszych, Omnadina kryzysu nie przyspiesza, to wpływa jednak pomyślnie na przebieg choroby, łagodząc znacznie jej objawy.

3). Omnadina jest bezwzględnie nieszkodliwa.

4). Omnadina okazuje dodatni wpływ na przebieg zapalenia płuc u starszych ludzi i zamienia groźny krytyczny spadek ciepłoty na spadek lityczny.

Dr. E. SANTANELLI, Klinika chor. nerw. i psych. Uniw. w Neapolu.

PRZYCZYNEK DO LECZENIA ZABURZEŃ NERWOWYCH I PSYCHICZNYCH U DZIECI.

(Referat według Rivista Italiana di Terapia 1928, Nr. 11.)

Leczenie fosforowo - wapniowe ma bardzo duże znaczenie nietylko przy zwykłych zaburzeniach wzrostu, w stanach upośledzenia odżywiania i wszystkich wyczerpujących sprawach, które towarzyszą prawie zawsze ostrym i przewlekłym chorobom wieku dziecięcego, lecz również przy stanach drgawkowych, spazmofilji i przy psychicznej nadwrażliwości ruchowej. Dla swych badań terapeutycznych w „Ospedale Fatebenefratelli" w Benevencie i w poradni dla chorych nerwowych w poliklinice uniwersyteckiej w Neapolu *Santanelli* wybrał Candiolinę, sól wapniową kwasu heksozofosforowego. Ze spostrzeżeń jego przytoczymy tu w streszczeniu następujące:

). Carmine B., lat 8, upośledzenie stanu odżywiania, inteligencja niedostateczna, pobudliwość i gwałtowność od wczesnego dzieciństwa; od pewnego czasu dziecko budzi się po nocach, wstaje i wędruje po całym domu; drgania mięśniowe we śnie, odruchy żywe. Rozpoznanie: Somnambulismus. Leczenie: Candiolin, 3 tabletki dziennie po jedzeniu. Po 40 dniach: objawy somnambulizmu oraz drgawki mięśniowe podczas snu stopniowo ustąpiły. Ogólny stan odżywiania poprawił się znacznie.

2). Estera G., 12 lat, nadmierna pobudliwość, bezsenność, brak łaknienia, przygnębienie, ogólne wyczerpanie. Po dwumiesięcznem leczeniu — 4 tabletki Candioliny dziennie — kwitnące dziecko bez jakichkolwiek dolegliwości nerwowych.

3). Antonio B., 11 lat, od kilku miesięcy bez widocznej przyczyny bardzo pobudliwy, niespokojny, grymaśny, mało śpi w nocy, w szkole zaniedbuje się. Odruchy ściągniste żywe. Rozpoznanie: zachwianie równowagi psychomotorycznej na tle wyczerpania nerwowego. Po 50-dniowem leczeniu — 3 tabletki Candioliny dziennie — całkowita poprawa.

4). Giovanni F., 13 lat, mała wydolność umysłowa, uczucie przygnębienia, niedostateczna spostrzegawczość, mimowolne ruchy mięśniowe twarzy lub kończyn górnych o cechach tic'u. Przedmiotowo: żywe odruchy ściągniste, pojedyńcze tic'i w obrębie lewego nerwu twarzowego. Rozpoznanie: Tic z objawami nadczynności tarczycy. Po 50-dniowem leczeniu Candioliną (4 tabletki dziennie) znaczna poprawa; tic'i ustąpiły, łatwe męczenie się umysłowe o wiele mniejsze.

Wskazaniem do „fizjologicznego" leczenia fosforowo-wapniowego zapomocą Candioliny są ogólne zaburzenia rozwojowe, neuropsychopatje wieku dziecięcego, przełomy psychomotoryczne lub stany nadwrażliwości. W większości przypadków poprawa następuje bardzo szybko. Nawet w ciężkich przypadkach leczenie to zawsze okazuje pewien wpływ leczniczy.

Dr. H. SCHWARZ, Klinika psych. i nerw. Charité, Berlin.

PRZYPADKI KODEINIZMU.

(Referat według D. m. W. 1930, Nr. 1.)

W kołach lekarskich panuje pogląd, że kodeinizm jest sprawą niesłychanie rzadką lub nawet nie zdarza się wcale. *Schwarz* opisuje 3 przypadki „czystego" kodeinizmu, dowodzące, że pogląd ten nie jest bynajmniej tak bezwzględnie słuszny.

1. Wysoki urzędnik. Od 1918 r. choruje na serce. W 1920 r. ożenił się, ma 3 zdrowych dzieci. W 1923 r.: nadzwyczaj blady, poci się obficie, bardzo wyczerpany, wydaje dużo pieniędzy, nadużywa alkoholu. Stwierdza się kodeinizm. Usiłowania leczenia domowego pozostają bez wyniku, wobec czego chorego skierowano do szpitala Charité. Pacjent podaje, że w r. 1919 zażywał w ciągu 4 tygodni kodeinę; odstawienie lekarstwa nie sprawiało mu wówczas żadnych trudności. Po 3 latach znowu zwrócił się z powodu kaszlu do kodeiny i szybko przyzwyczaił się do niej; dawkę dobową musiał niebawem zwiększyć do 3 g. Jako objawy odstawienia wystąpiły silne biegunki, ciągnące bóle w brzuchu, skłonność do kichania i kaszlu, osłabienie, uczucie lęku, bardzo zły sen. Po tygodniu wszystkie objawy ustąpiły. Po 59 dniach wypisany w dobrym stanie. Kontrola w r. 1926: pacjent pozbył się swego nałogu. W moczu obecności kodeiny nie stwierdza się.

2. Nauczyciel, urodzony w r. 1891. W r. 1916 na froncie. Gruźlica płuc; z powodu kaszlu kodeina. W r. 1921 dawka dobowa wynosiła 60 tabletek po 0,05 g. Przy każdem usiłowaniu zmniejszenia dawki występowały silne objawy odstawienia leku: biegunki, złe samopoczucie, niezdolność do pracy. W 1925 r. przyjęty na klinikę berlińską. Na drugi dzień objawy odstawienia: częste biegunki, brak łaknienia, wymioty, łzy, niepokój, uczucie zimna, nastrój przygnębiony, zaburzenia snu. Po 3 dniach ustąpienie objawów za wyjątkiem bezsenności. Po 38 dniach wypisany; przybytek na wadze 11 kg, pomimo wyraźnych zmian płucnych. Chory ma w sprawie swego nałogu pretensje do lekarzy, którzy nigdy nie ostrzegali go przed niebezpieczeństwem przyzwyczajenia, lecz zapisywali mu coraz to nowe recepty. Po przeprowadzeniu odstawienia kodeiny leczenie klimatyczne w Davos, poczem całkowite odzyskanie zdolności do pracy. W r. 1926 kodeiny nie używa wcale, samopoczucie i stan ogólny dobre. Przy późniejszych badaniach kontrolnych pacjent wydaje się nieco niespokojny, bladożółte zabarwienie twarzy, skłonność do biegunek, objawy gruźlicy płuc. Pomimo braku objawów kodeinizmu, zagadnienie, czy chory kodeiny jednak nie zażywa, pozostaje pod znakiem zapytania.

3. Kupiec, urodzony w r. 1883. W r. 1926 katastrofa kolejowa. Od tego czasu pacjent odczuwa ciągłą obawę i zażywa z tego powodu do 60 tabletek kodeiny po 0,05 g na dobę. Po upływie roku klinika nerwowa w Charité. Podaje, że już przed wypadkiem był bardzo pobudliwy i niespokojny. Objawy odstawienia były umiarkowane. Po 5 dniach chory czuł się zupełnie dobrze, po upływie zaś 4 tygodni wypisał się. Robi wrażenie rozsądnego i statecznego.

Przegląd tych 3 historyj chorób wykazuje w sposób dobitny, że kodeinizm przedstawia się zupełnie tak samo jak morfinizm lub inne podobne nałogi. Zarówno u morfinistów jak i kodeinistów wszelkie usiłowania samych pacjentów zaniechania nałogu okazują się bezskuteczne, tak że należy wreszcie dokonać odstawienia narkotyku w zamkniętym zakładzie. Objawy odstawienia ustępują przeważnie po 3 — 8 dniach za wyjątkiem utrzymują-

cej się nieco dłużej bezsenności. Jako najlepszy sposób odstawienia należy uważać dla kodeinistów odzwyczajenie nagłe. Dla złagodzenia bardzo zresztą przykrych objawów odstawienia nie należy żałować środków nasennych i przeciwbólowych oraz dłuższych ciepłych kąpieli. Jak u wszystkich nałogowców należy, oczywiście, po właściwem odstawieniu narkotyku dążyć do przywrócenia całkowitego zdrowia fizycznego i psychicznego, co wymaga przeważnie conajmniej około 6-tygodniowego przebywania w zakładzie.

P. Wolff uważa powyższe doniesienie za zasługujące na szczególną uwagę, gdyż w piśmiennictwie światowem opisano zaledwie znikomą ilość przypadków kodeinizmu. Znaczenie praktyczne kodeiny jest bardzo duże. Według obliczeń *Watsona*, opartych na 117,000 recept lekarzy Stanów Zjednoczonych A. Półn., kodeina zajmuje co do częstości zapisywania 7-e miejsce. Z odpowiedzi ankietowej 700 lekarzy (na 1250 zapytań) wynika jednak, że w Marylandzie np. ani razu nie spostrzegano przypadków kodeinizmu. Podobnie brzmią również i opinje innych lekarzy. W każdym jednak razie doniesienie *Schwarza* dowodzi, że przetwory makowca należy zapisywać jedynie przy ścisłem wskazaniu. Bądź co bądź kodeinizm jest z pewnością tak rzadki, że matematycznie nie można go nawet obliczyć. Z praktycznego punktu widzenia nie można nałogu nadużywania kodeiny uważać za groźny. Z tego względu niemiecka komisja środków lekarskich w swym podręczniku zapisywania leków pisze, że stosowanie Codeinum phosphoricum nie grozi niebezpieczeństwem przyzwyczajenia; z tego samego powodu kodeina nie podlega niemieckiemu prawu opjumowemu.

Dr. KAY PHILIPSEN, Odense, Danja.

LECZENIE KOMBINOWANE POWIKŁAŃ RZEŻĄCZKOWYCH DOŻYLNEMI WSTRZYKIWANIAMI TRYPAFLAVINY I DIATERMJĄ.

(Referat według Derm. Wo., 1929, Nr. 48.)

Leczenie miejscowe rzeżączki preparatami srebra nie daje, jak wiadomo, wyników zadowalniających. Z tego względu usiłowano już wielokrotnie poprawić wyniki leczenia miejscowego dożylnemi wstrzykiwaniami Trypaflaviny. Trypaflavina nie jest jednak środkiem, któryby umożliwiał Sterilisatio magna, gdyż przenika ona zaledwie w niedostatecznej ilości do odnośnych tkanek. *Philipsen* próbował wzmocnić działanie akrydyny w ten sposób, że jednocześnie z leczeniem Trypaflaviną stosował diatermję chorych miejsc. Autor leczył dotychczas w ten sposób 6 chorych z Epididymitis gonorrhoica. W jednym przypadku dwugodzinna diatermja + Trypaflavina doprowadziły do zupełnego wyleczenia. U pozostałych chorych należało

powtarzać leczenie Trypaflaviną + diatermja do 6 razy. W pewnym przypadku wewnątrzbrzusznego zapalenia powrózka nasiennego z wysoką gorączką, który przedtem w ciągu miesiąca leczono bezskutecznie, udało się początkowo uśmierzyć bóle zapomocą dożylnego wstrzyknięcia 0,5 g Novalginy. Następnie wstrzyknięto choremu jednocześnie (w jednej strzykawce) 0,2 g Trypaflaviny + 0,5 g Novalginy oraz zastosowano jednogodzinną diatermję. Na drugi dzień powtórzono to samo leczenie, poczem nacieczenie ustąpiło. Dwa nacieczenia okołocewkowe ustąpiły po 3 — 9 zabiegach. U 11 chorych z ostrem zapaleniem gruczołu krokowego wyleczenie nastąpiło po 7 zabiegach. Leżenie w łóżku okazało się niepotrzebnem. Również u pewnej kobiety z zapaleniem jajowodów to kombinowane leczenie zostało uwieńczone powodzeniem. Drugą podobną chorą trzeba było przewieźć do szpitala.

Omawiane zabiegi dokonywano w sposób następujący: rozpoczynano zawsze od stosowania diatermji. Gdy odnośny narząd był już dobrze nagrzany, wstrzykiwano dożylnie 0,2 — 0,4 g Trypaflaviny. Należy przyjąć, że diatermizowany narząd wiąże Trypaflavinę w większym stopniu, gdyż w nim właśnie chory najbardziej odczuwał wrażenie ciepła występujące po wstrzyknięciu, objawy zaś uboczne działania ogólnego były mniejsze.

Do jednoczesnego leczenia miejscowego stosowano przeważnie Albarginę i Protargol. Autor zaleca stosowanie swej „chemoterapeutycznej diatermji uczulającej", jak określa kombinowane stosowanie Trypaflaviny i diatermji, również i dla leczenia innych chorób, jak np. raka. Odpowiednich badań dotychczas jednak jeszcze nie dokonano.

Dr. BURGKHARDT, prywatna klinika ginekologiczna, Zwickau.

STUDJA KRYTYCZNE NAD 1,000 PARASAKRALNYCH ZNIECZULEŃ METODĄ BRAUNA.

(Referat według Münch. med. Wochenschr. 1929, Nr. 48.)

Parasakralne znieczulenie przewodnikowe wyróżnia się prostotą techniki, pewnością działania i brakiem niebezpieczeństwa. Spostrzeżenia *Burgkhardta* dotyczą przeszło 1,000 przypadków. W znieczuleniu parasakralnem można wykonywać nietylko wszystkie zabiegi ginekologiczne przez pochwę, lecz również operacje na dnie miednicy, odbytnicy, pęcherzu moczowym i gruczole krokowym. Ginekolog może przy pomocy tego znieczulenia wykonać przedewszystkiem pochwowe całkowite usunięcie macicy i plastyczne operacje w miednicy. Do operacyj przenikających również do jamy brzusznej znieczulenie parasakralne, oczywiście, nie nadaje się.

Znieczulenie parasakralne polega na obfitem nasyceniu jamy kości krzyżowej $^1/_2\%$-owym roztworem Novocain-Suprareniny; poszczególnych otworów kości krzyżowej *Burgkhardt* nie odszukuje. Za bardzo ważne uważa on natomiast, aby obficie nastrzyknąć

roztworem znieczulającym staw krzyżowo-ogonowy i wierzchołek kości ogonowej. Przy operacjach pochwowych wskazanem jest ponadto dodać jeszcze dwa podskórne pasma znieczulenia do dużych warg, aby zablokować w ten sposób główne nerwy idące do uda. Zabieg ten znieczula wargi duże. U mężczyzny przeprowadza się analogiczne pasma znieczulenia po obu stronach moszny.

Najodpowiedniejszemi ze wszystkich środków znieczulających okazały się tabletki Novocain-Suprareniny; można jednak również stosować Tutocainę w 0,2°/₀-owym roztworze. Zagotować należy w fizjologicznym roztworze soli kuchennej na krótko przed użyciem. Naogół dodaje *Burgkhardt* do 1000 cm^3 roztworu fizjologicznego soli kuchennej 4 g siarczanu potasu. Po wyjałowieniu roztwór należy starannie zamknąć. Aby następnie przygotować gotowy do użytku roztwór, rozpuszcza się przez zagotowanie 8 tabletek Novocain-Suprareniny i uzupełnia roztworem soli kuchennej do 200 cm^3 (wzgl. 10 tabletek na 250 cm^3). W ten sposób otrzymuje się gotowe do użytku $^1/_2$°/₀-owe roztwory Novocain-Suprareniny.

Po wytworzeniu z lewej i prawej strony kości ogonowej pęcherzyka skórnego, przenikamy zapomocą 12-centymetrowej igły, stale nastrzykując okolicę, do jamy kości krzyżowej, aż nie natrafimy na opór kostny. Igła powinna być możliwie cienka. W 3 przypadkach wytworzył się po zabiegu ropień między kością ogonową i odbytnicą; po otwarciu ropnia nastąpiło szybkie wyleczenie. Powikłania te zdarzyły się w pierwszych czasach stosowania tej metody. Od czasu, gdy unika się starannie wytwarzania się krwiaków, ropnie już się więcej nie zdarzały. Ani razu nie spostrzegano również zaburzeń w gojeniu się ran, a zwłaszcza zgorzeli skóry. Przy pochwowem całkowitem usuwaniu macicy doszło kilka razy, pomimo dokładnego przewiązywania naczyń i tamowania krwi, do obfitych krwawień pooperacyjnych. Pomimo obkłucia brzegów rany, krew sączyła się z kanałów nakłucia, tak że dopiero wstrzykiwania koagulenu i mocna tamponada gazą nasyconą koagulenem zatamowała krwawienie. *Burgkhardt* jest obecnie zdania, że powodem tego przykrego późnego krwawienia jest uprzednie stosowanie skopolaminy. *Burgkhardt* przypuszcza, że zetknięcie się skopolaminy i środka znieczulającego może czasem znacznie zmniejszyć krzepliwość krwi; od czasu bowiem gdy zaniechano stosowania skopolaminy i używa się dla przygotowania jedynie morfiny i kwasu butylo-β-bromopropanylobarbiturowego, krwawienia późne już się nie zdarzały.

Przypadki oporne zdarzają się bardzo rzadko i ilość ich w miarę coraz lepszej techniki postępowania stale się zmniejsza. Często rozchodzi się o przypadki oporne na tle psychicznem, które nie mają nic wspólnego ze znieczuleniem miejscowem, lecz zależą od stanu nerwowego chorych. Poważniejszych powikłań znieczulenia parasakralnego dotychczas nie obserwowano. Metoda powyższa poza swą techniczną prostotą i niezawodnością posiada nad innemi metodami niewątpliwą przewagę zupełnego bezpieczeństwa.

Dr. ROSEL GOLDSCHMIDT, Uniw. klin. chor. dziecięcych, Lipsk.

W SPRAWIE SWOISTOŚCI ALDEHYDOWEGO ODCZYNU EHRLICHA W MOCZU.

(Referat według D. m. W. 1930, Nr. 4.)

U pewnego chorego, któremu wstrzyknięto dożylnie Trypaflavinę, stwierdzono w moczu wybitnie dodatni odczyn na urobilinogen. Powstało odrazu przypuszczenie, że odczyn ten zależał od akrydyny. Roztwory wodne Trypaflaviny dają z dwumetyloaminobenzaldehydem *) zabarwienia koloru jasno - brunatnego do ciemno - czerwonego, czyli odcienie barwne, swoiste dla aldehydowej próby *Ehrlicha.* Ten odczyn trypaflavinowy znika w gorącym płynie i zjawia się znowu po oziębieniu, czyli zachowuje się wprost przeciwnie niż próba urobilinogenowa. Nawet rozcieńczenia Trypaflaviny 1 : 200.000 wykazują jeszcze ten odczyn (słabe zabarwienie brunatne). Trypaflavina może więc naśladować dodatni odczyn aldehydowy *Ehrlicha.* Dalsze badania wykazały jednak, że Trypaflavina nie powoduje wydzielania urobilinogenu.

Produkt redukcji aldehyd + urobilinogen rozpuszcza się w chloroformie, przyjmując zabarwienie fioletowe. Trypaflavina natomiast, jak również produkt odczynu „reakcji trypaflavinowej" nie rozpuszczają się w chloroformie. *(L. Benda).* Jeżeli do moczu z dodatnim odczynem *Ehrlicha* dodać na zimno chloroformu, wówczas w obecności urobilinogenu, chloroform zabarwia się na fioletowo. Jeżeli natomiast odczyn barwny zależy od Trypaflaviny, wówczas chloroform zabarwia się jedynie na kolor blado-żółty. Jeżeli w moczu są zawarte zarówno urobilinogen jak i Trypaflavina, to tylko produkt reakcji urobilinogenu przechodzi do chloroformu.

Przy chorobach pęcherzyka żółciowego stosuje się Choleflavinę, połączenie Trypaflaviny z papaweryną, podofyliną i Ol. menth. pip. Przy badaniu przeto na barwniki żółciowe możnaby wyciągnąć fałszywe wnioski, jeżeli nie uwzględnić „odczynu trypaflavinowego". Dodatni odczyn urobilinogenowy w moczu może wystąpić również przy używaniu pastylek Panflaviny, stosowanych przy zapaleniu gardła, co może skłonić do błędnego rozpoznania płonicy. W poniższej tablicy przytaczamy jeszcze raz zestawienie poszczególnych odczynów.

	Odczyn aldehydowy na zimno:	Odczyn aldehydowy na gorąco:	Wyciąg chloroformowy:
Roztwór Trypaflaviny	+	0	bezbarwny
Mocz (nie zawierający urobilinogenu)+Trypaflavina	+	0	blado-żołty
Mocz + urobilinogen	+	+	fioletowy
Mocz + Trypaflavina + urobilinogen	+	+	fioletowy.

*) Wykazanie urobilinogenu metodą *Ehrlicha:* obecność urobilinogenu rozpoznajemy na podstawie czerwonego zabarwienia moczu po dodaniu kilku kropel 2%-owego roztworu dwumetyloaminobenzaldehydu w 5%-owym kwasie solnym. Ewentualnie należy sprawdzić, czy czerwone zabarwienie występuje przy gotowaniu.

Dr. SIMEON YÄGER-LOVČEVIĆ, Osijek.

PRZYCZYNEK DO LECZENIA CHORÓB DRÓG ŻÓŁCIOWYCH.

Autor opisuje wyniki stosowania Choleflaviny, którą wypróbował na samym sobie i na licznych pacjentach:

1). Latem 1928 r. począłem odczuwać jakieś przykre wrażenia w okolicy wątroby. Dieta i kuracja karlsbadzka nie sprawiły mi żadnej ulgi. W krótkim czasie to przykre uczucie zamieniło się na nocne ataki bólowe, które trwały częstokroć długie godziny.

Ścisła dieta zmniejszyła nieco częstość bólów, które występowały jednak nadal conajmniej raz na tydzień.

Stan taki trwał aż do lipca ubiegłego roku, kiedy zwrócono mi uwagę na Choleflavinę. Wypróbowałem ją początkowo na sobie samym, zażywając 3 razy dziennie po 2 perełki przed jedzeniem. Doznałem jeszcze tylko jednego napadu bólowego, który trwał zaledwie około ½ godziny. Od tego czasu napady aż do dzisiejszego dnia już się więcej nie powtórzyły. Czuję się doskonale, nie przestrzegam żadnej diety i od miesiąca zaniechałem również zażywania Choleflaviny.

2). Pani G., 24 lata, bardzo szczupła; żółtaczka, znaczna tkliwość pęcherzyka żółciowego. Prawie że stale, co 2 — 3 dni nocne napady kolki żółciowej, które łagodzi jedynie morfina. Leczenie: dieta i Choleflavina.

W ciągu pierwszych 20 dni napady wystąpiły jedynie 3 razy i to za każdym razem nieco słabsze. Od tego czasu napady już się więcej nie powtarzały. Pacjentka poprawiła się doskonale. Stolce znowu regularne.

Odtąd przy najmniejszem nawet podejrzeniu na zaburzenia wydzielania żółci zapisuję Choleflavinę zawsze z najlepszemi wynikami.

Choleflavina zawiera środek odkażający Trypaflavinę, żółciopędny podofylinę i spazmolityczny papawerynę.

Prof. dr. RENATO ALAMANNI, Klinika położniczo-ginekologiczna we Florencji.

O NIEKTÓRYCH SZCZEGÓLNYCH WSKAZANIACH POŁOŻNICZYCH DO PRZYSADKOWEJ TERAPJI HORMONALNEJ.

(Referat według Progressi di Terapia, 1929, Nr. 3.)

Hypophysina stosowana w okresie wydalania płodu wzmacnia zawsze skurcze maciczne, nie przekraczając przytem granic fizjologicznych ani nie wpływając na regularność przerw. W przypadkach uporczywego osłabienia bólów można zastosować Hypophysinę nawet w posuniętych okresach rozwierania ujścia. Wielu ginekologów jest zdania, że Hypophysinę wolno stosować już przy otwarciu ujścia macicznego na 4 — 5 cm.

Alamanni spostrzegał po małych dawkach mocnej Hypophysiny ($^1/_4$ — $^1/_2$ cm^3) występowanie mocnych rytmicznych skurczów macicznych; działanie Hypophysiny trwało kilka godzin, a nierzadko utrzymywało się nawet przez cały czas trwania porodu. Następnie Hypophysina jest wskazaną przy przedwczesnem pęknięciu pęcherza. W wielu przypadkach dochodzi po 10 — 12 godzinach po pęknięciu pęcherza do mocnych skurczów macicznych, prowadzących przeważnie do prawidłowego porodu. Jest jednak wiele takich przypadków, w których mamy współistnienie przedwczesnego pęknięcia pęcherza i osłabienia bólów. W przypadkach takich *Alamanni* wstrzykiwał $^1/_2$ — $^1/_4$ i jeszcze mniejsze dawki Hypophysiny, aby lekko tonizować mięśniówkę maciczną i osiągał wreszcie występowanie początkowo słabych, a następnie coraz energiczniejszych skurczów. Naogół w okresie rozwierania wystarczały 1 — 2 wstrzyknięcia 0,25 — 0,5 cm^3 mocnej Hypophysiny, w okresie zaś wydalania płodu jedno wstrzyknięcie 0,5 lub 1 cm^3. Przy przedłużaniu się okresu poporodowego (osłabienie bólów, mocne przytwierdzenie łożyska) należy stosować Hypophysinę mocną. Już po kilku minutach po wstrzyknięciu Hypophysiny łożysko wydziela się samoistnie. Jednoczesne wyciskanie zewnętrzne sprzyja również wydzieleniu się łożyska.

Dr. GERHARD HECHT, Berlińskie Towarzystwo Chirurgiczne. 11.11.1929.

BADANIA KONTROLNE WYNIKÓW LECZENIA ŻYLAKÓW WSTRZYKIWANIAMI.

(Referat według Zbl. f. Chir. 1930, Nr. 3.)

Spostrzeżenia *Hechta* dotyczą 70 przypadków żylaków podudzia, leczonych (od 1917 r.) wstrzykiwaniami 20%-owego roztworu NaCl lub $66^2/_3$%-owego cukru gronowego. Dawka ogólna wynosiła 10 — 70 cm^3. Dla uniknięcia kurczów w łydkach, występujących czasem podczas wstrzykiwania, stosowano uprzednio znieczulenie Novocainą. Uniedrożnione powstałemi zakrzepami naczynia, można było wyczuć wyraźnie jeszcze długi czas po zabiegu; owrzodzenia goleni goiły się po dokonanym zabiegu bardzo szybko. Autor badał powtórnie zachowanie się żylaków u całego szeregu chorych, którym dokonano wstrzyknięcia przed 2 laty lub nawet dawniej. U 10-ciu z pośród nich stwierdzono znowu wyraźne lub dopiero rozpoczynające się żylaki. Częste nawroty zależą według *Hechta* od dokonywania wstrzykiwań do żył wypełnionych krwią. Sól kuchenna nie może w tych warunkach zetknąć się w dostatecznym stopniu z błoną wewnętrzną naczyń i nie doprowadza wobec tego do wytworzenia się zakrzepu na całej

przestrzeni. Zatorów nie spostrzegał *Hecht* ani razu. Pewne zabezpieczenie przed zatorem daje resekcja odcinka Vena saphena magna, długości 5 cm^3, dokonana przed właściwym zabiegiem. Inni autorzy są zdania, że zator może się czasem zdarzyć nawet pomimo podwiązania, a zwłaszcza wtedy, jeżeli istnieje połączenie Vena saphena parva z Vena poplitea i profunda femoris. 10 przypadków nawrotów, które *Hecht* spostrzegał na klinice *Ungera,* dowodzą, że właściwego środka dotychczas znaleźć jeszcze nie udało się i z tego powodu również i *Unger* zachęca do poszukiwania nowych związków chemicznych, któreby uniedrożniły żyły w sposób niezawodny.

Co się tyczy danych z piśmiennictwa, to *Ganger* na 15,000 wstrzykiwań określa liczbę nawrotów na 1%. Mniej pomyślne są spostrzeżenia *Linsera,* oparte również na 15,000 wstrzykiwań; po upływie 3 lat stwierdził on 3 — 7% nawrotów. *Forestier* donosi o 15% nawrotów. Nawroty zdarzają się jednak nierzadko również i przy postępowaniu chirurgicznem. *Blinow* podaje, że przy całkowitej ekstyrpacji Vena saphena na udzie i podudziu osiągał 80% trwałych wyleczeń; przy resekcji częściowej nawroty występowały stale, przy radykalnej zaś operacji metodą *Rindfleischa* w 57,4% przypadków. Ankieta u 5,000 amerykańskich chirurgów dała wyniki następujące: *Homans* miał na 31 przypadków ekscyzji 5 niepowodzeń, *Cook* na 50 przypadków stwierdził nawroty w 11, *Bertsen* stwierdził bezskuteczność zabiegów w 20% przypadków, *Icannel* zaś na 1,019 chorych osiągnął wyleczenie zaledwie u 33%. *Kowacz,* obserwując osobiście 41 przypadków, stwierdził po 2 — 5 latach 25 nawrotów, zestawiając zaś wyniki innych operacyj, określa odsetek niepowodzeń na 30%. *Kielbourne,* który przeprowadził tę ankietę, dochodzi do wniosku, że metody lecznicze, polegające na wstrzykiwaniach, dają 6 razy mniej nawrotów niż zabiegi operacyjne.

W dyskusji *Bauer* zwrócił uwagę, jak ważnem jest dla osiągnięcia wyniku trwałego, aby żyła nie zawierała krwi podczas wstrzykiwania. *Bauer* nakłuwał zawsze pełną żyłę bez poprzedniego podwiązania lub innych dodatkowych zabiegów chirurgicznych, umieszczał nogę wysoko, czekał aż żyły się opróżnią i dopiero wówczas wstrzykiwał cukier lub sól kuchenną. Cukier nie wywołuje zgorzeli tak łatwo jak sól kuchenna, ilość natomiast nawrotów jest przy stosowaniu cukru większa. Liczba nawrotów u chorych leczonych przed 3—4 laty wstrzykiwaniami cukru, wynosi 30—40%, u chorych zaś leczonych wstrzykiwaniami soli kuchennej najwyżej do 7%. W niektórych przypadkach żyły nie reagowały ani na sól kuchenną, ani na cukier. Ogółem stwierdził *Bauer* na 14,000 wstrzykiwań około 1% chorych zupełnie nie reagujących na wstrzykiwania. Na zakończenie *Bauer* wspomina, że leczenie żylaków zapomocą wstrzykiwań było stosowane przez pewnego lekarza duńskiego już przed 100 laty, lecz uległo następnie znowu zapomnieniu.

Doc. Dr. HENNER i dr. VONDRÁČEK, posiedzenie Zrzeszenia lekarzy czeskich w Pradze.

O LECZENIU PADACZKI LUMINALEM I JEGO NAMIASTKAMI.

(Referat według Časopis lékáro českých, 1929, Nr. 52).

Znaczenie Luminalu jako znakomitego środka dla leczenia padaczki jest powszechnie znane. Dla lekarza duże znaczenie ma odpowiedź na postawione przez *Vondráčka* pytanie: czy należy choremu zapisywać Luminal czy Acidum phenylaethylbarbituricum? Autor w ten sposób odpowiada na postawione przez siebie pytanie:

„Zasadniczo zdawałoby się, że oba te związki powinny być zarówno pod względem chemicznym jak i leczniczym identyczne. Nie mogę jednak pozbyć się wrażenia, że Luminal pomagał nawet takim moim pacjentom, na których Acidum phenylaethylbarbituricum żadnego wpływu nie okazywało. Różnica ta jest zresztą znana również i odnośnie do innych leków; *Starkenstein* zwraca uwagę, że Amidopyrina jest mniej skuteczna niż Pyramidon. Luminal często bywa niesłusznie oskarżany, że może osłabiać władze umysłowe; osobiście mogę tylko potwierdzić spostrzeżenia *Hennera*, że raczej jest wprost przeciwnie, leczenie bowiem Luminalem sprzyja rozwojowi umysłowemu, zahamowanemu uprzednio przez padaczkę. Przypominam sobie pewien szczególnie jaskrawy przypadek, dotyczący chorej na padaczkę, 14-letniej dziewczynki, z niedorozwiniętym stanem władz umysłowych; otóż pod wpływem stosowania Luminalu nietylko zniknęły napady, lecz chora rozwinęła się również i pod względem umysłowym."

Również i *Henner* zwraca uwagę na większą pewność działania Luminalu w porównaniu z przygotowanemi aptecznie proszkami. „U niektórych naszych chorych po zażywaniu Acidum phenylaethylbarbituricum w proszkach, zapisanych magistraliter, nie następowała żadna poprawa i to nawet przy zwiększaniu dawki. Chorym wreszcie podano Luminal i poprawa nastąpiła natychmiast.

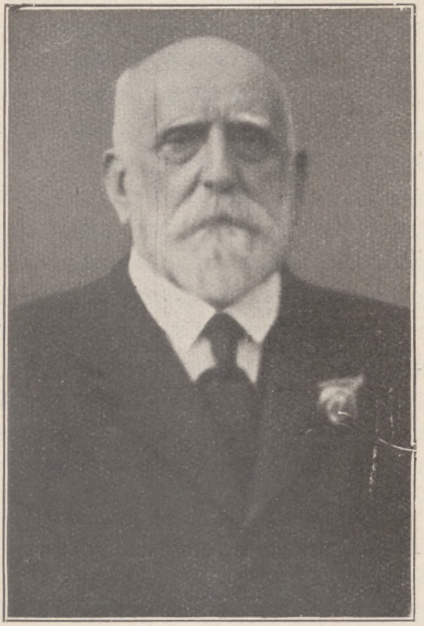
Luminal ochrania do pewnego stopnia komórki przed wpływem jadów. Działanie to występuje bardzo wyraźnie w przypadkach nadczynności tarczycy; przy chorobie Basedowa Luminal działa uspokajająco i nie dopuszcza do komórek nadmiaru tyroksyny. Może w podobny sposób chroni Luminal komórki mózgowe chorych na padaczkę przed działaniem hypotetycznego jadu kurczowego."

Podaje się zawsze tę dawkę Luminalu, która właśnie wystarcza dla przytłumienia napadów. U epileptyków z napadami powtarzającemi się wielokrotnie w ciągu miesiąca *Vondráček* zapisuje Luminal w proszku (Luminali 0,05 g Sacchari ad 0,3 g), który zaleca zażywać codziennie, aż do na-

stępnego napadu. Po tym napadzie zwiększa dawkę o 1 proszek (0,03 g Luminalu), przy nowym dalszym napadzie dawkę znowu zwiększa i t. d. Okazuje się bardziej celowem, aby dawkę dobową Luminalu podzielić możliwie równomiernie na cały dzień, zażywając np. po 2 lub 3 razy dziennie po 1 proszku, niż przyjmować odrazu całą dawkę przed snem.

J. FERRÁN

Zmarł niedawno w Barcelonie w 80-ym roku życia słynny bakterjolog hiszpański *Ferrán*. Nieznany w swoim czasie lekarz powiatowy pozyskał sobie sławę wszechświatową przez zwalczenie epidemji cholery w Marsylji w r. 1884. Następnie, kierowany twórczym duchem *Pasteura*, pierwszy przedsięwziął dokonywanie czynnych szczepień przeciw cholerze. Podczas wielkiej epidemji cholery w Walencji (1881—1885) szczepił zapobiegawczo, przeważnie własnoręcznie, 50.000 osób. W 1889 r. szczepił w Oporto tysiączne rzesze biednej ludności portowej surowicą przeciwdżumową. *Ferrán* stworzył w Barcelonie Zakład badań bakterjologicznych, w którym dokonał wielu udoskonaleń w dziedzinie serologji, dotyczących zwłaszcza szczepień ochronnych przeciw wściekliźnie, błonicy i durowi brzusznemu. Wiele trudu i pracy poświęcił *Ferrán* również i sprawie gruźlicy. *Ferrán* uważał, że wykrył kilka odmian prątka gruźliczego (prątek alfa). Niemcy uczciły wielkiego uczonego mianując go członkiem honorowym Berlińskiego Towarzystwa anatomji patologicznej i patologji.



J. FERRÁN

NOTATKI TERAPEUTYCZNE

Nowy objaw rwy kulszowej.

Jeżeli wielki palec chorej kończyny zgiąć w kierunku grzbietowym (chory powinien przy tej próbie leżeć w łóżku z wyciągniętemi nogami), wówczas w przypadkach istotnej rwy, chory doznaje bólu w okolicy pośladkowej. Wyprostowanie wielkiego palca napina nerwy podeszwowe środkowe i boczne, będące gałązkami nerwu piszczelowego. To napięcie nerwu podeszwowego promieniuje do pnia nerwu kulszowego pod mięśniami pośladkowemi. Przy chorobach jedynie podobnych do rwy kulszowej, objaw ten nie występuje. Objaw ten pozwala więc wnioskować, czy nerwoból zajął cały przekrój poprzeczny nerwu kulszowego (ból pośladkowy przy zginaniu i wyprostowywaniu wielkiego palca), czy też jego część piszczelową (ból pośladkowy tylko przy wyprostowaniu), czy też wreszcie najmniejszą część strzałkową (ból pośladkowy przy zginaniu).

Dr. Feliks Turyn,

Oddział chorób wewnętrznych Szpitala św. Ducha. Warszawa. (M. m. W. 1929, Nr. 20.)

Spostrzeżenia nad działaniem pastylek Panflaviny przy anginie.

Pomimo że jestem specjalistą w dziedzinie Rentgena, miałem jednak możność zapisania w kilku przypadkach pastylek Panflaviny i osiągałem wyniki tak dalece pomyślne, że pozwolę sobie tu przytoczyć 2 najbardziej jaskrawe przypadki:

Pani K. zachorowała 15.X. na typową anginę: znaczne zaczerwienienie gardła z przewagą prawej połowy. Pacjentka często zapadała na anginę, która trwała u niej zawsze 5 — 6 dni, ciepłota zaś dochodziła do 39,6 - 8^0. Panflavina (co $^1/_2$ godziny 1 tabletka) sprawiła, że tym razem choroba trwała zaledwie 36 godzin. Dolegliwości podmiotowe zniknęły, objawy zaś przedmiotowe — ciepłota i zaczerwienienie, cofnęły się szybko. 18.X. pacjentka była już znowu zdolna do pracy, zażywała jednak pastylki Panflaviny jeszcze w ciągu kilku dni (co 2 — 3 godziny 1 tabletkę).

Przypadek drugi dotyczy 25-letniego studenta z dużemi migdałami podniebiennemi, który również bardzo często zapadał na anginę. Od czasu, gdy zaleciłem mu pastylki Panflaviny, chory stale zwalcza poronnie przebieg anginy, zażywając Panflavinę z chwilą ukazania się pierwszych objawów chorobowych. W przeciwieństwie do stanu dawniejszego, pacjent ten już ani razu nie zapadał poważniej na anginę; ciepłota podnosiła się najwyżej do 37,7^0 i to zaledwie na jeden dzień.

Na podstawie mego doświadczenia doszedłem do przekonania, że pastylki Panflaviny, których składnikiem czynnym jest Trypaflavina, przedstawiają silny preparat bakterjobójczy, nadający się znakomicie do stosowania w przypadkach chorób jamy ustnej i gardła. Byłoby bardzo pożądanem, aby odpowiedni specjaliści zbadali szczegółowo działanie pastylek Panflaviny na większym materjale.

Dr. L. Katzenellenbogen,

Zakład Rentgenowski, Ryga.

Przyczynek do chemji płynu mózgordzeniowego.

Według badań *Steinera* zawartość kwasu fosforowego w płynie mózgordzeniowym jest w przypadkach zapalenia opon zawsze zwiększona, tak że zwiększenie to można wykorzystać jako objaw rozpoznawczy. W przypadkach guzów i ostrego zapalenia mózgu zawartość fosforu opada niżej normy, co bywa częstokroć jedyną cechą nieprawidłową płynu w tych chorobach. Autor określał kwas fosforowy metodą *Bell-Doisy.*

Béla Steiner,

Szpital dziecięcy im. Stefanji. Uniwersytecka klinika pedjatryczna w Budapeszcie. (Jb. f. Kinderheilk. 1929, tom 124.)

W sprawie leczenia gruźlicy Lipatrenem.

Autor stosował Lipatren w 46 przypadkach nie gorączkującej gruźlicy płuc. 22 chorych było w pierwszym okresie, 20 w drugim i 4 w trzecim. Dawka początkowa wynosiła 0,1, poczem stopniowo, uwzględniając stan ogólny, zwiększano ją do 1 cm^3. Objawów działania ubocznego nie spostrzegano. Wstrzykiwań dokonywano 2 razy na tydzień dopośladkowo. We wszystkich przypadkach autor stwierdził poprawę stanu ogólnego i łaknienia oraz wzrost wagi (do 4,9 kg). Objawy nieżytowe zmniejszały się i wreszcie ustępowały zupełnie. Jako dalszą oznakę pomyślną stwierdzano zmniejszenie szybkości opadania krwinek czerwonych.

Dr. H. Baumann,

Uzdrowisko powiatowego związku ubezpieczeniowego, Schmiedeberg w Riesengebirge. (Beitr. z. Klin. d. Tbc. 1929, tom 73.)

Niezwykłe objawy hiperkinetyczne w dziedzinie nastroju.

Dla leczenia przymusowego płaczu lub śmiechu stosuje *Wilder* leczenie Luminalem, podawanym według metody prof. *Redlicha* w postaci Luminaletek (4 razy dziennie po 1 Luminaletce). Wyniki tego sposobu leczenia okazały się nad wyraz pomyślne.

Spostrzeżenia te mają również pewne znaczenie teoretyczne, gdyż dowodzą słuszności poglądów wiedeńskiego farmakologa *Picka* i jego szkoły. *Pick* dzieli środki nasenne na dwie grupy: pierwsza działa na korę mózgową, druga na regio hypothalamica. Luminal należy do drugiej grupy.

Dr. J. Wilder.

Zakład dla chorych nerwowych. Maria-Theresienschlössel, Wiedeń. (Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 1929, tom 71.)

O stosowaniu Rivanolu dla chirurgicznego leczenia bąblowca wątroby.

Przy leczeniu chirurgicznem bąblowca wątrobowego tamponuje się po otworzeniu jamy brzusznej całe pole operacyjne gazą nasiąkniętą Rivanolem, następnie wstrzykuje się do 100 cm^3 $^1/_4$%-owego roztworu Rivanolu i czeka się 2 — 3 minuty, aż pęcherze wtórne zostaną zabite; uniemożliwia się w ten sposób zaszczepienie nowych pęcherzy bąblowcowych z płynu, któryby mógł się rozlać podczas operacji. Po usunięciu otoczki *Kogan* wypełnia jamę 500 cm^3 1‰-owego roztworu Rivanolu i zaszywa następnie ranę. Stosując tę metodę operacyjną, osiągnął *Kogan* w 3 przypadkach całkowite wyleczenie bez jakichkolwiek powikłań. Chorych spostrzegano w ciągu $1^1/_2$ — $2^1/_2$ lat i nie zauważono żadnych objawów nawrotu. Gdyby udało się potwierdzić te wyniki na większym materjale, wówczas należałoby uważać Rivanol za cenny środek pomocniczy dla chirurgicznego leczenia bąblowca wątrobowego.

Dr. Kogan

(Nov. chir. Arch. 1929, tom 18.)

Spostrzeżenia nad usypianiem Avertiną.

Jaeger stosował uśpienie Avertiną per rectum w 1000 przypadkach, w tem 3 razy u lekarzy, którzy wyrażali się poprostu z zachwytem o przewadze uśpienia avertinowego nad uśpieniem drogą wziewania ze względu na wrażenia podmiotowe i oszczędzenie stanu psychicznego. Należy zwrócić również uwagę i na zalety okresu pooperacyjnego, jak np. niewystępowanie wymiotów i t. p. Jako dawkę zasadniczą stosuje się naogół 0,125 g na kilo wagi chorego, przyczem dawka ogólna nie może wynosić u kobiet więcej niż 8, u mężczyzn więcej niż 9 g. Ludziom starszym daje się 0,07 do 0,08 g na kilo. Stanów pobudzenia nie spostrzegano ani razu. Objawy asfiksji wystąpiły kilka razy w pierwszym okresie stosowania Avertiny; w ostatnich 400 przypadkach usypiania nie spostrzegano ich już wcale. Najlepszym środkiem dla pobudzenia oddechu jest CO_2. W 66,9% przypadków osiągnięto uśpienie całkowite. W 24,5% dodatek eteru wynosił do 20 g; w 8,6% potrzeba było więcej niż 20 g. Ogółem dokonano 454 laparotomij, w tem 311 chorych nie potrzebowało dodania eteru.

Dr. Jaeger,

Oddział chirurgiczny Szpitala Marjańskiego na wzgórzu Wenery w Bonn. (Der Chirurg 1929, tom 1, Nr. 24.)

O próbach leczenia padaczki Vigantolem.

Pomyślne wyniki otrzymane przy pomocy stosowania standaryzowanego preparatu witaminy D, Vigantolu, w przypadkach spazmofilji i tężyczki u dzieci oraz tężyczki samoistnej nasunęły autorowi myśl wypróbowania Vigantolu dla leczenia samoistnej padaczki.

Przypadek pierwszy: dziecko cierpiące na padaczkę samoistną, leczone dotychczas bezskutecznie przez neurologów, otrzymuje codziennie wieczorem brom, nieco Luminalu i 2 razy dziennie po 3 krople Vigantolu w oliwie. Ze względu na natężenie napadów dziecko nie mogło uczęszczać do szkoły przygotowawczej. Od czasu tego kombinowanego leczenia napady w ciągu dwóch lat już się nie powtarzały. Od Wielkiej nocy dziecko wróciło do szkoły i jest obecnie najlepszym uczniem w klasie.

Drugi przypadek: dziewczyna 20-letnia, codziennie 3 — 4 napady, leczy się od 8 tygodni. Napady ustały zupełnie. Dostaje 2 razy dziennie po 5 kropel Vigantolu, wieczorem Luminal i brom w zmiennych dawkach.

Ze spostrzeżeń powyższych wynika, że witamina D nie wpływa wyłącznie tylko na kostną przemianę materji przez podniesienie do normy obniżonego poziomu fosforu i wapnia, lecz że okazuje również duży, podobny do działania hormonalnego wpływ na wydzielanie wewnętrzne ustroju ludzkiego. Pytanie, na czem to działanie polega, nie jest jeszcze wyjaśnione; jest to jedna z wielu kwestyj w tej dziedzinie, która ciągle jeszcze czeka na rozstrzygnięcie. Rozumie się samo przez się, że witaminę D podawano pod ścisłą kontrolą lekarską; poza tem podawano co pewien czas przez 2 — 3 tygodni wapń. Przez cały czas leczenia przestrzegano ścisłą dietę; podawano jedynie potrawy bezsolne, nie drażniące, przeważnie roślinne; alkohol wykluczono, oczywiście, zupełnie. Zwracano również staranną uwagę na czynność przewodu pokarmowego i od samego początku usiłowano wszelkiemi sposobami leczniczemi pobudzić przemianę materji.

Radca sanitarny dr. Horn, Erfurt.

Wyniki leczenia porażenia postępującego zimnicą.

W ciągu ostatnich 2 lat *Levin* leczył zimnicą 100 chorych na porażenie postępujące. 51 przypadków objawiało się otępieniem, 18 megalomanją, 24 chorych znajdowało się w stanie pobudzenia, 3 w stanie depresji, pozostałe wreszcie 4 przypadki były to postacie nietypowe. W 26 przypadkach osiągnięto zupełną remisję, w 10 znaczną poprawę i w 14 poprawę umiarkowaną. Na 21 chorych leczenie to żadnego wpływu nie okazało. 29 zmarło śród objawów porażennych. Całkowita remisja utrzymuje się już od 4 do 31 miesięcy. Najlepiej poprawiały się postacie megalomanji, przy których osiągnięto powodzenie lecznicze w 84%. Przy postaciach zwykłego otępienia poprawa wynosiła 45%, a w przypadkach przebiegających z pobudzeniem 33%. Rokowanie zależy, oczywiście, od czasu trwania choroby. Jeżeli choroba trwa nie dłużej jeszcze niż 1 — 4 miesięcy, wówczas udaje się osiągnąć pomyślne wyniki w 68% przypadków. Jeżeli zaś choroba trwa już od roku lub dłużej, wtedy można się spodziewać poprawy jedynie w 35%. Leczenie zimnicą daje lepsze wyniki u mężczyzn niż u kobiet, gdyż mężczyzn poprawiło się 53%, a kobiet jedynie 36%. Równoległości między objawami klinicznemi i serologicznemi nie było żadnej.

Dr. H. L. Levin.
(N. Y. State J. Med. tom 28.)

Otrzymanie witaminy D ze steryn mózgu egipskiej mumji.

Autorzy stwierdzili w mózgu pewnej mumji egipskiej, której wiek oceniano na około 1,400 lat, obecność estru cholesteryny i ergosteryny. Ergosterynę udało się aktywować, poczem wykazano jej działanie przeciwkrzywicze. Zawartość ergosteryny w tym 1,400 letnim mózgu odpowiadała dokładnie zawartości ergosteryny w mózgach świeżych.

Dr. H. King, dr. O. Rosenheim
i dr. A. Webster.
(Biochemic Jl. 1929, tom 23.)

Krytyka pokojów bezallergenowych.

Urządzenie pokojów nie zawierających allergenów jest uzasadnionem tylko wówczas, gdy istotnie allergeny pokojowe mogą wchodzić w rachubę jako czynnik chorobotwórczy. Postępowaniem o wiele lepszem jest przeprowadzenie się do innego higjenicznego pod każdym względem mieszkania, pokój bowiem bezallergenowy chroni jedynie chorego na astmę oskrzelową, podczas gdy pozostali mieszkańcy danego lokalu nadal są narażeni na szkodliwości tego mieszkania, widocznie niezupełnie odpowiedniego pod względem higjenicznym. Przeciwko urządzaniu pokojów nie zawierających allergenów przemawia również ich wysoka cena. W innych krajach allergeny mieszkaniowe są, jak się wydaje, o wiele rzadziej niż w Holandji powodem dychawicy oskrzelowej. Urządzanie pokojów bezallergenowych w miejscowościach ze stosunkowo czystem powietrzem jest zupełnie niepotrzebne. Leczenie astmy przez przebywanie w pokojach bezallergenowych daje wreszcie w ostatecznym rezultacie wyniki gorsze niż leczenie w kamerach pneumatycznych.

Radca sanitarny Dr. E. Aron.
(D. m W. 1929, Nr. 40.)

Badania nad wydzielaniem wody i soli kuchennej we śnie ze szczególnem uwzględnieniem wpływu Hypophysiny.

Autor badał doświadczalnie wpływ środków nasennych na diurezę i podawał w tym celu bezpośrednio przed doświadczeniem królikom, ważącym 1,5 do 2,5 kg i żywionym mieszanym pokarmem, 50 cm^3 wody zapomocą zgłębnika gardzielowego. W ciągu następnych 4 godzin wydobywano co godzinę mocz. Dopiero gdy w przeciągu 2 — 3 dni stwierdzono prawidłowy stan diurezy, podawano środek nasenny. Podczas snu trzymano zwierzęta w pomieszczeniu nagrzanem do 25 — 35°. Paraldehyd (1,0 g na kg jednocześnie z 50 cm^3 wody podanemi per os) wywoływał 2 — 4-godzinny głęboki sen, podczas którego wydzielanie wody i NaCl zwiększało się ponad poziom normalny. Uretan (1,2 g na kg) i Veronal - Na. (0,1 — 0,2 g na kg podskórnie) wywoływały zwiększone wydzielanie wody przy jednoczesnem zmniejszeniu wydzielania soli kuchennej. Luminal - Na. (0,12, wyjątkowo 0,2 g podskórnie) wywołuje albo lekką narkozę albo głęboki sen, przyczem hamuje we wszystkich przypadkach diurezę wodną, zmniejszając jednocześnie bardzo nieznacznie diurezę solną. Veronal znosi hamujące działanie Luminalu na diurezę wodną. Kwas izobutylallylobarbiturowy (o,2 g na kg per os) wywołuje podczas 4 — 6-godzinnego głębokiego snu wyraźne zwiększenie ilości moczu przy znacznem zmniejszeniu wydzielania NaCl. 0,3 g wodanu chloralu na kg zmniejszały ilość moczu, nie wywołując przytem wyraźniejszego działania nasennego; 0,4 — 0,5 g pro kg doprowadzały do 3 — 5-godzinnego snu, pozostając bez wpływu na ilość moczu. Wydzielanie NaCl było przytem zawsze zarówno bezwzględnie jak i odsetkowo zmniejszone. Chloraloza zachowuje się w dawkach 0,05, 0,06, 0,07 na kg podobnie jak wodan chloralu. Wstrzykiwania podskórne Hypophysiny (wyciąg płata tylnego przysadki, działający hamująco na diurezę) hamowały diurezę wodną podczas snu wywołanego Uretanem, Veronalem, wodanem chloralu, chloralozą i kwasem izobutylallylobarbiturowym, — pozostawały natomiast bez wpływu na diurezę podczas snu spowodowanego paraldehydem. Wyciąg płata tylnego przysadki wzmaga natomiast prawie zawsze wydzielanie soli kuchennej podczas snu doświadczalnego.

Dr. M. A. Kugel.
Wiedeński Zakład Farmakologiczny. (Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 1929, tom. 142.)

O naświetlanej ergosterynie.

Złośliwą postać krzywicy można wyleczyć zapomocą Vigantolu w przeciągu około 3 tygodni. Początkowo ustępuje hipotonja i osłabienie, następnie craniotabes, zniekształcenia i inne zaburzenia układu kostnego; najdłużej utrzymuje się adenopatja, a zwłaszcza niedokrwistość. Krzywica późna nie daje już tak znakomitych wyników. Tężyczka i laryngospasmus reagują na naświetlaną ergosterynę bardzo dobrze. Na początku leczenia stwierdza

się częstokroć niewielkie osłabienie i przemijający spadek wagi. Na ciepłotę ciała Vigantol żadnego wpływu nie okazuje. Małe dawki stosowane przez dłuższy czas są skuteczniejsze niż dawki duże podane w krótkim czasie. Do leczenia Vigantolem nadają się również i rozmiękczenia kości oraz złamania kości. W dużych zakładach leczniczych, w których odpowiednio wyszkolony personel jest rękojmią umiejętnego postępowania, można zalecać korzystanie z roztworu Vigantolu w oliwie, w praktyce prywatnej postacią najodpowiedniejszą są drażetki.

Dr. Huguenin, Paryż.
(Paris méd. 1929, Nr. 17.)

Zgorzel płuc jako choroba krętkowa i leczenie jej Salvarsanem.

Leczenie zgorzeli płuc Salvarsanem ma nad leczeniem operacyjnem wielką przewagę, jako postępowanie pozbawione wszelkiego niebezpieczeństwa. Salvarsan należy stosować możliwie jaknajwcześniej. Należy go wstrzykiwać co 2—4 dni, rozpoczynając od 0,15 — 0,3 g Neosalvarsanu i szybko zwiększając dawkę do 0,45 g. Już po pierwszem wstrzyknięciu ciepłota opada do normy, wydzielanie plwociny zmniejsza się i traci ona swój przykry zapach. Jeżeli leczenie Salvarsanem nie doprowadza w ciągu 14 dni do celu, wówczas nie należy zwlekać z dokonaniem zabiegu chirurgicznego. W niektórych przypadkach, w których Salvarsan zawodził, *Deusch* osiągał jeszcze pomyślne wyniki przy pomocy Introcidu.

Dr. Deusch, Hamm w Westfalji.
Reńsko-Westfalskie Towarzystwo Internistów, 48-e posiedzenie w Düren 11.V. i w Akwizgranie 12.V.1929. (Münch. med. Wo. 1929, Nr. 31.)

O botulizmie.

Istota botulizmu i jego toksyn pozostaje ciągle jeszcze niezbadana. Istnieje na ten temat bardzo wiele różnych teoryj. Naogół, sądząc podług danych z piśmiennictwa, pojęcie botulizmu jest określeniem zbiorowem dla wszelkich możliwych zatruć (ostrygami, rybami, mięsem i t. d.). Statystyka ostatnich lat wykazuje coraz większą ilość przypadków botulizmu, prawdopodobnie wskutek coraz większego rozpowszechniania się konserw jarzynowych, spożywanych bez powtórnego zagotowania. Szczególnie duże wzmożenie się przypadków tego zatrucia spostrzegano w Ameryce Północnej.

Toksyny prątka botulizmu są pod względem swych własności bardzo zbliżone do toksyn błonicy i tężca. Różnica polega tylko na tem, że działają one trująco u człowieka i zwierząt nawet per os. Chwiejność jadu jest obecnie powszechnie uznaną; ciepłota 70 — 80^0 i dodatek 3%-owego roztworu sody niszczą toksynę bardzo szybko; powietrze i światło również zmniejszają toksyczność jadu. Botulizmu nie można jednak uważać za chorobę zakaźną, gdyż jadowitą jest zawsze tylko toksyna, a nie bakterje. Rzeczą niezwykłą jest fakt, że niebezpieczne, grożące zatruciem potrawy nie wykazują częstokroć żadnych wyraźniejszych oznak. Dawka śmiertelna bywa bardzo zmienna. W Darmstadzie zdarzały się zatrucia, w których jedna łyżka sałatki z fasoli lub w innym przypadku kawałek kaczki wielkości włoskiego orzecha doprowadziły do objawów chorobowych zatrucia botulizmem. Również w Darmstadzie zdarzył się przypadek śmiertelnego zatrucia po spożyciu 2 łyżek sałatki z fasoli. Warunkiem niezbędnym dla wytwarzania się jadu i dla rozwoju prątków jest zupełna nieobecność tlenu lub zmniejszona jego ilość. Tem tłómaczą się spostrzeżenia, w których stwierdzano obecność jadu jedynie w wewnętrznych częściach pożywienia, podczas gdy w warstwach zewnętrznych toksyn nie było. Tę nieszkodliwość części zewnętrznych przy jednoczesnej jadowitości części środkowych potraw opisywano już niejednokrotnie (np. w nowym podręczniku toksykologji *Flury-Zangger)*. Okoliczność ta tłómaczy nam również częste spostrzeżenia, że zatruciu ulegali nie wszyscy, którzy spożyli tę samą potrawę. Przy rozpoznaniu różniczkowem wchodzą przy botuliźmie w rachubę zatrucia atropiną, hyoscyną i alkoholem metylowym. Śmiertelność zatrucia botulizmem jest nadzwyczaj wysoka i dochodzi do 25 — 50%. Leczenie jest naogół czysto objawo-

we. Wskazanem również jest stosowanie antytoksyny botulizmu.

Dr. Hernandez, Lima.

W sprawie współzależności rozsianego stwardnienia rdzenia i kiły wrodzonej.

Redlich ogłosił ostatnio pracę, w której dowodzi zależności przyczynowej kiły wrodzonej i rozsianego stwardnienia rdzenia. Istotnie zmiany anatomiczne przy kile rdzeniowej i przy Sclerosis multiplex mogą być bardzo podobne. Podobieństwo to uzasadnia do pewnego stopnia uznanie zależności przyczynowej między temi dwiema chorobami. Poza tem należy uwzględnić, że zarówno nabyta jak i wrodzona kiła są w stanie wywołać w ośrodkowym układzie nerwowym zmiany kliniczne bardzo zbliżone do rozsianego stwardnienia rdzenia. *Stender*, podobnie zresztą jak większość neurologów, występuje jednak przeciwko uznaniu kiłowego pochodzenia rozsianego stwardnienia rdzenia. Przeciwko poglądom *Redlicha* przemawia również i podział kiły i Sclerosis multiplex na kuli ziemskiej: w Islandji np. kiła jest chorobą bardzo rzadką, porażenie i wiąd rdzenia są tam zupełnie nieznane, natomiast Sclerosis multiplex nie należy bynajmniej do rzadkości; w Japonji Sclerosis multiplex należy do chorób wyjątkowo rzadkich, podczas gdy kiła jest stosunkowo dość rozpowszechnioną; na Madagaskarze, w Syberji i w Egipcie kiła panuje nagminnie, rozsiane zaś stwardnienie rdzenia stwierdza się bardzo rzadko.

Arist Stender,
Klinika uniw. chorób nerwowych w Hamburgu-Eppendorf. (Dtsch. Z. Nervenheilk., 1929, tom 108.)

Rozpoznawcze wstrzykiwanie Salvarsanu.

Mulzer jest zdania, że swoiste leczenie przeciwkiłowe należy przeprowadzać tylko wtedy, gdy rozpoznanie kiły nie ulega wątpliwości. Z drugiej jednak strony oczekiwanie prowadzi do dużej straty czasu, co zmniejsza znowu widoki powodzenia leczenia wczesnego. Należy przeto starać się usilnie o możliwie jaknajwcześniejsze postawienie rozpoznania. *Levy-Lenz* podaje nowy prosty sposób rozpoznawania kiły, który stosuje jednak dopiero po wyczerpaniu wszelkich innych pomocniczych metod diagnostycznych. Próba *Levy-Lenza* polega na tem, że każde kiłowe owrzodzenie pierwotne goi się natychmiast po wstrzyknięciu dużej dawki Salvarsanu, podczas gdy na owrzodzenia nieswoiste Salvarsan żadnego wpływu nie okazuje. Jeżeli po wstrzyknięciu 0,6 g Neosalvarsanu nie stwierdza się żadnej zmiany stanu owrzodzenia, wówczas można z pewnością kiłę wykluczyć. Jeżeli natomiast owrzodzenie się zmniejsza i pokrywa naskórkiem, wówczas mamy do czynienia z kiłą. *Levy-Lenz* na 16 przypadków z niewyraźnem rozpoznaniem rozpoznał w pięciu kiłę wyłącznie na podstawie wyników diagnostycznego wstrzyknięcia Salvarsanu. Dalsze spostrzeganie wykazało, że w pozostałych 11 przypadkach sprawa chorobowa nie miała podłoża kiłowego. W 5 przypadkach rozpoznanej kiły w 2 stwierdzono następnie, że chore miały stosunek z osobnikami kiłowymi.

Dr. Ludwik Levy-Lenz, Berlin.
Oddział kobiecy Zakładu badań seksualnych. (Die med. Welt 1929, Nr. 24.)

O leczeniu diatermją nacieczenia posalvarsanowego w zgięciu łokciowem.

Wskutek nieudanego wstrzyknięcia Neosalvarsanu, przyczem znaczna część jego przeniknęła zamiast do żyły do tkanki podskórnej, wytworzyło się u pewnego 24-letniego mężczyzny bardzo bolesne nacieczenie. Bolesność ta ustąpiła szybko pod wpływem zastosowania diatermji. Elektrody nałożono na zajętą okolicę stawu łokciowego. Chory, tragarz z zawodu, mógł już po kilku dniach powrócić do swej ciężkiej pracy, po upływie zaś 14 dni był zupełnie zdrów. W dwóch dalszych przypadkach wytworzenia się podobnych nacieczeń, leczenie diatermją również doprowadziło do szybkiej poprawy. Wobec tego, że nacieczenia posalvarsanowe cofają się zwykle dopiero po upływie kilku miesięcy, metoda leczenia tych nacieczeń diatermją zasługuje na wypróbowanie na większym materjale.

Dr. V. Genner,
Frederiksberg Hospital. (Hospitalstidende 1929, Nr. 51.)

W sprawie stosowania oleju rycynowego jako środka czyszczącego po podaniu preparatów Filicis maris.

Dotychczas ostrzegano przed jednoczesnem stosowaniem oleju rycynowego i wyciągów Filicis maris dla leczenia czerwi jelitowych, gdyż obawiano się, że olej rycynowy sprzyja wchłanianiu jadowitych wyciągów paproci. *Miyasaki* badał porównawczo na myszach jadowitość wyciągów paproci w zawiesinie wodnej i w roztworze oleistym (10%-owy roztwór Filmaronu w oliwie lub oleju rycynowym) i stwierdził, że śmiertelna dawka Filmaronu w roztworze wodnym wynosi 0,4 mg na gram wagi myszy; jadowitość natomiast Filmaronu w oleju rycynowym okazała się mniejsza, gdyż rycyna przyspieszała wydalenie z ustroju wprowadzonego jadu. Również i Filmaron w zwykłej oliwie myszy znosiły lepiej niż w zawiesinie wodnej, dawka bowiem śmiertelna wynosiła 0,68 mg na gram wagi myszy. Również i przy dawkach rycyny, które nie działały czyszcząco, nie stwierdzano zwiększenia jadowitości w porównaniu z zawiesiną wodną. Ciągle jeszcze rozpowszechniony w podręcznikach pogląd o większej toksyczności wyciągów paproci w obecności oleju rycynowego okazuje się więc nieuzasadnionym i nie powinno być żadnych zastrzeżeń przeciwko stosowaniu rycyny przy leczeniu czerwi wyciągami Filicis maris.

Dr. Saburo Miyasaki, Tokio.
Zakład Farmakologji Uniwersytetu w Heidelbergu.
(Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 1929, tom 145.)

W sprawie występowania dwóch różnych postaci prątków tężcowych w czystych hodowlach.

Condrea stwierdził istnienie 2 różnych postaci L i D prątka tężcowego. Rozwój typu L na żelatynie odpowiada znanej soczewkowatej, dobrze odgraniczonej i nierozgałęzionej postaci wzrostu hodowli prątków tężcowych, których przekrój przeważnie nie przekracza 1 mm. Postać kolonji typu D jest ściśle okrągła z gęstszym polem w środku i jaśniejszą otoczką na obwodzie. Po 48-godzinnem przebywaniu w cieplarce kolonje te są w stanie osiągnąć rozmiary o przekroju do 1 cm i zlewać się z kolonjami sąsiedniemi. Po 6-miesiecznem dalszem przeszczepianiu obie postacie prątków zachowały swe poszczególne właściwości bez wytwarzania jakichkolwiek typów przejściowych.

Dr. P. Condrea.
(Compt. rend. de la Soc. de Biol. 1929, tom 99.)

O wytwarzaniu się z histidyny po naświetleniu promieniami pozafioletowemi związku obniżającego ciśnienie krwi i pobudzającego ruch jelit.

Jeżeli się naświetli 1%-owy rozczyn histidyny rtęciową lampą kwarcową, wówczas powstaje z 1/500 użytego rozczynu histidyny związek, działający na ciśnienie krwi i jelita jak histamina. Przemiana ta nie zależy wcale od stężenia jonów wodorowych, zależy natomiast od czasu naświetlania. Katalizatory świetlne jak $FeCl_3$ i eozyna nie przyśpieszają tej przemiany. Naświetlanie surowicy nie daje wyraźnych wyników, bowiem już w nienaświetlonej surowicy znajdują się związki o działaniu podobnem do histaminy. Również i ze skóry nienaświetlanych świnek morskich można wyodrębnić związki zbliżone do histaminy. Wyciągi z naświetlanej skóry okazują czasami — nie zawsze — działanie silniejsze. *Ellinger* uzależnia występowanie zaczerwienienia skóry pod wpływem gorąca lub zimna od zawartości histaminy w skórze. Przypuszcza on, że przy silnym mrozie lub przy wysokiej ciepłocie przenikają z komórek związki z grupy histaminy. Pod wpływem naświetlania skóry promieniami pozafioletowemi wytwarzają się, prawdopodobnie, w warstwach skóry dostępnych dla promieni minimalne ilości związków o działaniu histaminy. Te nowowytworzone związki przenikają następnie powoli do głębszych warstw skóry i powodują po upływie około 5 godzin rumień świetlny.

Prof. Friedr. Ellinger,
Instytut Farmaceutyczny Uniwersytetu w Berlinie.
(Archiv f. exp. Path. u. Pharm. 1928, tom 136).

Kilka spostrzeżeń nad leczeniem ostrego zapalenia ucha środkowego u dorosłych.

Mygind (z Kopenhagi) jest zdania, że przy zapaleniu ucha środkowego śródkomórkowe nacieczenie wodne w błędniku powoduje zwiększenie w nim ciśnienia i w związku z tem nystagmus i zawroty głowy. Poza przestrzeganiem leżenia w łóżku i uregulowania diety, zwłaszcza odnośnie do ilości przyjmowanych płynów i soli, autor zaleca dożylne wstrzykiwania tkankowego środka moczopędnego — Salyrganu (0,5 cm³ co 2 — 3 dni). Powyższy sposób postępowania poprawiał znacznie słuch leczonych w Kopenhadze pacjentów, przyczem żadnego miejscowego leczenia narządu słuchowego nie stosowano. *Roy* uważa sprawdzenie skuteczności tej nowej metody na większym materjale klinicznym za bardzo pożądane.

Dr. Dunbar Roy,
Atlanta, Georgia.
(The med. Times New York 1929.)

KONGRESY I ZJAZDY:

19 — 21 sierpnia 1930 r. II Kongres międzynarodowy pedjatrów w Sztokholmie.

31 sierpnia — 4 września 1930 r. I Międzynarodowy Kongres Neurologiczny w Bernie. Zgłoszenia i referaty kierować należy na ręce d-ra Władysława Sterlinga, Warszawa, Boduena 1.

15 września 1930 r. Międzynarodowy Zjazd Stomatologiczny w Wenecji. Zgłoszenia przyjmuje prof. Cieszyński, Lwów, ul. Zielona 5.

22 — 27 września 1930 r. VIII Kongres międzynarodowy historji medycyny w Rzymie.

4 — 8 października 1930 r. Wszechsłowiański Zjazd lekarski w Splicie (Jugosławja.

WYCIECZKI:

23 lipca — 29 sierpnia 1930 r. Wycieczka lekarzy europejskich do Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej. Zapisy przyjmuje redakcja „Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego", Warszawa, ul. Sienkiewicza 12, m. 28.

14 — 24 sierpnia 1930 r. Wycieczka lekarzy i ich rodzin do Sztokholmu na Międzynarodowy Zjazd Pedjatrów i na wystawę Narodową Sztuki dekoracyjnej i ludowej. Bliższych szczegółów udziela kancelarja Kliniki Chorób Dziecięcych Uniw. Warszawskiego, Warszawa, ul. Litewska Nr. 16.

10 — 26 września 1930 r. Wycieczka naukowa dla lekarzy do miejscowości kąpielowych i klimatycznych Włoch. Odnośne zaświadczenia wydaje biuro Radcy Handlowego przy Ambasadzie Włoskiej w Warszawie, ul. Pl. Dąbrowskiego 6.

MIANOWANIE:

Dr. med. Feliks Malinowski, docent Uniw. Warszawskiego, został zatwierdzony na stanowisko profesora chorób skórnych i wenerycznych na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie.

ZMARLI:

Dr. med. Antecki Stanisław, zmarł w Warszawie, specjalista chorób kobiecych.

Dr. med. Dembiński Tadeusz, zmarł w Poznaniu, wybitny otolaryngolog i zasłużony działacz społeczny na Śląsku i w Wielkopolsce.

Redaktor:
A. ENDE
mag. farm.

Wydawca:
Dom Agenturowy „REMEDIA",
Warszawski, Fulde i S-ka

Warszawa, ul. Hipoteczna Nr. 5. Skrzynka pocztowa Nr. 748.
Cena prenumeraty rocznie zł. 6, półrocznie zł. 3.
Odbito w drukarni Galewski i Dau, Warszawa, ul. Ordynacka Nr. 6

TREŚĆ:

Str.

Litzner Stillfried: Los chorych nerkowych 195
Cepparo Federico: O leczeniu gruźlicy płuc Triphalem 198
Kaufmann E.: O stosowaniu Albarginy dla zapobiegawczego i poronnego leczenia rzeżączki 199
Pometta D.: Pomoc doraźna w przypadkach rażenia prądem elektrycznym 199
Strunz Fryderyk: O leczeniu kiły wrodzonej Myosalvarsanem . . 201
Skutezky K.: O leczeniu ostrej rzeżączki Trypaflaviną 205
Beumer H.: O sztucznem odżywianiu niemowląt 207
Bötzel Anna: Leczenie powolnej postaci zakażenia meningokokowego dożylnemi wstrzykiwaniami Trypaflaviny 209
Hillebrecht K.: Spostrzeżenia nad działaniem Yatrenu 105 przy czerwonce i zbliżonych do niej chorobach kiszkowych 210
Lehndorff Henryk: Jak przebiegają choroby z biegunkami u starszych dzieci i jak należy je leczyć? 212
Hegler C.: O odżywianiu chorych nerkowych 213
Cohn M.: Przeciwbłonicze szczepienia ochronne w Remscheid w latach 1928 i 1929 217
Fleckseder R.: Dalsze znaczne spotęgowanie odwodniającego działania Salyrganu 218
Forsten Torsten: Spostrzeżenia nad działaniem Compralu . . . 219
Tietze W.: Przypadek ciężkiego zakażenia jamy ustnej 220
Odkrycie zarazka kiłowego przed 25 laty 221
Ruschke: Spostrzeżenia nad działaniem Siononu 223
Martinson: W sprawie leczenia Encephalitis lethargica 224
Martin E.: O działaniu hamującem Prolanu 226

NOTATKI TERAPEUTYCZNE

Heiler A.: W sprawie leczenia ropni pod pachą 231
Fecht K. i Csiky Bela: O uśpieniu avertinowem 231
Beck: O rozpoznawczej prowokacji raka 232
Stauffer Hans: Rak i oparzenie 232
Schroeter N.: Vigantol, a złamanie szczęki 232
Martius Henryk: Przypadek promienicy narządów płciowych, wyleczony prom. Rentgena 233
Pfannenstiel i Scharlau: O znaczeniu dużych dawek witamin dla leczenia gruźlicy . . . 233
Gray Irving: Palenie tytoniu i objawy żołądkowe 234
Wolf Albert: O stosowaniu Avertiny przy tężcu przyrannym 234
Boss Ruth: O anguilulozie 234
Hoogslag W. O niewystarczalności próby Nylandra przy bardzo kwaśnym moczu 234
Rubio E. M.: O leczeniu duru brzusznego Trypaflaviną 235
Möller K. O.: Badania doświadczalne nad farmakologją Salyrganu 235
Lex G.: W sprawie stosowania Omnadiny 235
Kmita Vl.: O leczeniu biegunek letnich Rivanolem 236
Zacharin B.: O śnie solaesthinowym 236
Lewinson H. B.: Spostrzeżenia nad działaniem Compralu 236
Dal Pozzo G.: Spostrzeżenia kliniczne nad działaniem Tutocainy 236
Delorme: O leczeniu owrzodzeń goleni 236
Szarka A.: O działaniu witaminy E na czynność jajników, wydzielanie wewnętrzne i awitaminozę 237